



Suvi Vahtola

LAPSETTOMUUSHOITOJEN LOPETTAMINEN TULOKSETTOMINA

Kirjallisuuskatsaus lopettamispäätökseen vaikuttavista tekijöistä

LAPSETTOMUUSHOITOJEN LOPETTAMINEN TULOKSETTOMINA

Kirjallisuuskatsaus lopettamispäätökseen vaikuttavista tekijöistä

Suvi Vahtola
Opinnäytetyö
Syksy 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä: Suvi Vahtola

Opinnäytetyön nimi: Lapsettomuushoitojen lopettaminen tuloksettomina: Kirjallisuuskatsaus lopettamispäätökseen vaikuttavista tekijöistä

Työn ohjaajat: Minna Manninen ja Ulla Paananen

Syksy 2015

Sivumäärä: 55 sivua

Lapsettomuutta käsittelevässä kirjallisuudessa lopputuloksena esitetään usein hedelmöityshoitojen myötä alkunsa saava raskaus. Lupaavataan hoidot eivät kuitenkaan aina johda raskauden alkamiseen. Tahattomasti lapsettomien tunnekokemuksista ja psyykkisen tuen tarpeesta ei keskustella riittävästi. Parit jäävät liian usein yksin surunsa kanssa. Ahdistuneisuus ja stressi voivat alentaa pariskunnan kynnystä lopettaa hoidot ennenaikaisesti.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kuvailla tuloksettomista lapsettomuushoidoista luopumiseen vaikuttavia syitä ja tekijöitä. Tarkoituksena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoa pariskunnan tukemisesta tilanteesta, jossa pari on joko omasta aloitteestaan tai hoitavan lääkärin suosituksesta luopumassa lapsettomuushoidoista.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta. Lapsettomuushoitojen lopettamiseen liittyviä tieteellisiä, englanninkielisiä artikkeleita etsittiin EBSCO-, PubMed- ja Nelli-tietokannoista. Hakutulokseksi saatiin 21 artikkelia.

Keskeisimpiä lapsettomuushoitojen lopettamisen syitä ovat hoitoihin liittyvä psyykkinen stressi, taloudelliset seikat, hoitojen heikko onnistumisennuste, hoitojen tuloksettomuus, lääkärin päätös / suositus lopettaa hoidot, hoitojen fyysinen kuormittavuus ja parisuhteen ongelmat. Myös raskauden alkaminen tai adoptointipäätös lopettaa lapsettomuushoidot.

Alkuperäistutkimuksista nousee vahvasti esiin pariskuntien psyykkisen tuen tarve lapsettomuushoitojen aikana. Erityisesti lopettamisvaiheen tukeen tulisi panostaa. Tuen olisi hyvä jatkua jonkin aikaa myös hoitojen lopettamisen jälkeen. Psyykkisen työn ammattilaiset tulisi ottaa osaksi hedelmöityshoitoihin osallistuvaa työryhmää. Pariskunnalle on tärkeä antaa ajantasaista, realistista ja heille yksilöityä tietoa hoitojen kulusta ja ennusteesta, jotta he voivat tehdä perusteltuja hoitojen jatkamis- tai lopettamispäätöksiä.

Asiasanat:

Lapsettomuus, hedelmöityshoito, lopettaminen, henkinen tuki, systemaattinen kirjallisuuskatsaus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Midwifery

Author: Suvi Vahtola

Title of thesis: Discontinuation of Futile Infertility Treatments: Literature Review of Factors Influencing the Decision to Discontinue

Supervisors: Minna Manninen and Ulla Paananen

Autumn 2015

Number of pages: 55 pages

Relatively few publications dealing with infertility end with an outcome that pregnancy is not achieved. Feelings and experiences of involuntarily childless couples and their needs for psychological support are not discussed enough. Too often these couples are left alone with their sorrow. Anxiety and stress can lower their probability to discontinue infertility treatment prematurely.

The objective of the study was to describe reasons for discontinuation of futile infertility treatments. The study guides personnel how to support the couples who are ending their infertility treatment.

Systematic literature review was used to find scientific, English-language articles about discontinuation of infertility treatments. By using EBSCO-, PubMed- and Nelli-databases, 21 articles were found.

The most important reasons for discontinuation of infertility treatments are psychological stress, financial factors, poor prognosis, a physician's advice to discontinue, physical burden and relational problems. Achieving pregnancy and decision to adopt are reasons for dropout, too.

Original data show that couples need more psychological support during their infertility treatment. Especially end-of-treatment counselling should be improved. The support should also continue some time after the ending of the treatment. Mental health professionals should be a part of a multidisciplinary care team. It is desirable that couples get realistic, personalized information about their situation and prognosis. Based on this factual information they can make well-informed decisions whether to continue or discontinue their treatment.

Keywords:

Infertility, infertility treatment, discontinuation, psychological support, systematic literature review

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	LAPSETTOMUUS	9
2.1	Keskeiset käsitteet.....	9
2.2	Lapsettomuuskriisi	10
2.3	Lapsettomuuskokemuksen muodostuminen	12
2.4	Lapsettomuushoitojen aikana tarjottava tuki	14
2.5	Stressi ja lapsettomuus	15
2.6	Lapsettomuushoitojen lopettaminen	15
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
4	SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	19
4.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	19
4.2	Tutkimusprosessiin valmistautuminen	21
4.3	Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	22
4.4	Hakujen suorittaminen	23
4.4.1	EBSCO-tietokanta	23
4.4.2	PubMed-tietokanta	25
4.4.3	Nelli-portaali.....	26
4.4.4	Sattumalöydökset	27
4.5	Yhteenvedo löydetyistä alkuperäistutkimuksista	27
5	TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	31
5.1	Lapsettomuushoitojen lopettamiseen vaikuttavat tekijät	31
5.1.1	Taloudellinen tilanne ja hoitojen onnistumisennuste	31
5.1.2	Stressi	32
5.1.3	Hoitoyksikköön ja hoitostrategiaan liittyvät tekijät.....	34

5.1.4	Kulttuurin vaikutus	36
5.1.5	Muut syyt	37
5.1.6	Hoitojen vaiheen vaikutus lopettamispäätökseen	38
5.2	Hoitojen lopettamisprosessi	38
5.3	Pariskunnalle tarjottava tuki	40
5.4	Johtopäätökset	43
6	POHDINTA	45
6.1	Tutkimuksen luotettavuus ja rajoitukset	46
6.2	Toimenpide-ehdotukset	47
6.3	Jatkotutkimusaiheet	49
LÄHTEET		50

1 JOHDANTO

Kiinnostuin lapsettomuudesta ja lapsettomuushoidoista harjoittelujaksollani OYS:n Lisäntymislääketieteen yksikössä. Kätilötyön näkökulmasta lapsettomuuspotilaiden parissa työkentelyssä yhdistyvät kädentaidot, potilasohjaus, henkinen tukeminen sekä biologislääketieteellinen osaaminen. Lapsettomuudesta on kirjoitettu paljon ja myös opinnäytetöitä aiheesta on valmistunut runsaasti. Minun pitikin miettiä tutkimukseni näkökulmaa melko pitkään ja perehtyä olemassa olevaan kirjallisuuteen. Lopulta löysin aihealueen, jota ei ole juurikaan tutkittu: lapsettomuushoitojen lopettaminen tuloksettomina.

Lapsettomuutta käsittelevässä kirjallisuudessa lopputuloksena esitellään usein hoitojen myötä alkunsa saanut raskaus. Onnistuneita lapsettomuushoitoja seuraavaa äitiyttä käsittelevät muun muassa Allan & Finnerty (2009) sekä McMahon, Ungerer, Tennant & Saunders (1997). Vanhemmuudesta lapsettomuushoitojen jälkeen ovat kirjoittaneet esimerkiksi Repokari (2011) ja Toivanen, Vilska & Tulppala (2004, 4118). Miettisen (2011) Väestöliitolle laatima tutkimusraportti käsittelee laajasti hedelmöityshoitoja, kuten tutkimuksiin hakeutumista, hoitoihin hakeutuneiden miesten ja naisten sosiodemografisia tekijöitä, hedelmöityshoitoihin liittyviä huolenaiheita ja tuen tarvetta sekä odotuksia vanhemmuudesta. Tutkimus ei kuitenkaan ota kantaa hoitojen lopettamiseen.

Tahattomasti lapsettomien tunnekokemuksista ja psyykkisen tuen tarpeesta ei puhuta eikä kirjoiteta tarpeeksi. Aihe ei ole samalla tavalla esillä kuin esimerkiksi perheväkivalta. Lapsettomuuden lääketieteellisistä hoitomuodoista on kyllä tietoa saatavilla, mutta surunsa kanssa parit jäävät liian usein yksin. Lapsettomuushoitojen aikana ja niiden jälkeen olisi tärkeää kysellä parin kuulumisia ja antaa tilaa puhua tunteista. (Krouvi 2003, 5, 14.) Yli 70 % pariskunnista toivoo mahdollisuutta psyykkiseen tukeen hedelmöityshoitojen aikana (Tulppala 2012, 2081). Miettisen (2011, 46-47) mukaan lähes joka neljäs lapsettomuuden vuoksi hoitoon hakeutunut nainen ja joka kahdeksas mies olisi kaivannut lisää tukea. Eniten lisätukea kaivattiin lähipiiriltä (ystävät, tuttavat, omat ja puolison vanhemmat) ja toiseksi eniten hedelmöityshoitoklinikan henkilökunnalta. Ahdistuneisuus ja stressi voivat alentaa

kynnystä lopettaa hedelmöityshoidot ennen kuin optimaalinen määrä hoitoja on läpikäytynä (Anttila & Korkeila 2012, 2079).

Opinnäytetyössäni tutkin tuloksettomien lapsettomuushoitojen lopettamiseen vaikuttavia tekijöitä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Tarkoituksena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoa siitä, miten lapsettomuushoidot lopettavia pareja voidaan tukea. Tietoperustana käytän pääasiassa suomalaista, lapsettomuutta käsittelevää kirjallisuutta. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella etsin lapsettomuushoitojen lopettamista käsitteleviä tieteellisiä, englanninkielisiä tutkimuksia. Minulla on aikaisempaa kokemusta sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen tutkimuksen teosta, mutta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teko on uutta. Olen perehtynyt systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemiseen Johanssonin, Axelinin, Stoltin ja Äärin (2007) toimittaman teoksen sekä Kääriäisen & Lahtisen (2006) artikkelin avulla. Olen myös käynyt läpi ammattikorkeakoulussamme opinnäytetöinä tehtyjä systemaattisia kirjallisuuskatsauksia. Alkuperäistutkimuksille mietin etukäteen tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit ja kirjaan ne tutkimusraporttiin. Tutkimusraportin lopussa pohdin vielä tutkimukseni luotettavuutta ja rajoituksia.

2 LAPSETTOMUUS

2.1 Keskeiset käsitteet

Alla luetellaan tutkimuksen kannalta keskeisiä käsitteitä ja selitetään, mitä niillä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan.

Lapsettomuus: Lapsettomuudesta puhutaan, kun raskaus ei ala vuoden sisällä, vaikka yhdyntöjä on säännöllisesti eikä ehkäisyä käytetä. 80-85 %:lla pareista raskaus alkaa vuoden sisällä ehkäisyyn lopettamisesta ja jäljelle jääneistä vielä puolella ilman hoitoja seuraavan vuoden sisällä. Neljäsosassa tapauksista merkittävä lapsettomuutta aiheuttava syy löytyy miehestä, neljäsosassa naisesta ja neljäsosassa molemmista. Lopulla neljäsosalla pareista lapsettomuuden syy jää selittämättömäksi. (Tiitinen 2014.) Arviolta joka kuudes lasta toivova pari joutuu jossain elämänsä vaiheessa kärsimään lapsettomuudesta. Osalla voi olla jo ennestään lapsia, mutta uusi raskaus antaa odotuttaa itseään. (Tulppala 2007, 3.) Tällöin puhutaan sekundaarisesta lapsettomuudesta.

Lapsettomuushoito: Tässä tutkimuksessa lapsettomuus- ja hedelmöityshoitoja käytetään synonyymeina. Välillä puhutaan pelkistä hoidoista. Vuonna 2013 Suomessa aloitettiin noin 13 500 hedelmöityshoitoa. Kaikista kyseisenä vuonna tehdyistä hedelmöityshoidoista alkoi 3005 raskautta ja syntyi 2473 lasta, mikä on arviolta 4,4 prosenttia kaikista syntyneistä. 81,1 % kaikista hedelmöityshoidoista syntyneistä lapsista (2007 lasta) oli saanut alkunsa koeputkihedelmöityksestä ja 18,8 % (466 lasta) inseminaatiohoidosta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015, 2-3.) Seuraavaksi esitellään Terveiden ja hyvinvoinnin laitosta (2015, 12) mukaellen eri hedelmöityshoitomuodot.

- IVF (in vitro fertilisation): koeputkihedelmöitys. Munasarjoihin kasvatetaan hormonihoitoa useita munarakkuloita. Munasolut kerätään munarakkuloista ultraääntä apuna käyttäen punktoimalla emättimen seinämä. Munasolut hedelmöitetään maljal-la joko puolison tai luovutetuilla siittiöillä. Hedelmöittyneet munasolut kasvatetaan

alkioiksi soluviljelykaapissa yleensä 2-3 vrk ajan, jonka jälkeen yksi tai enintään kaksi alkioita siirretään kohtuun.

- FET (frozen embryo transfer): pakastetun alkion siirto. Koeputkihedelmöityksessä saadut hyvälaatuiset alkiot voidaan pakastaa ja siirtää myöhemmin kohtuun.
- ICSI (intracytoplasmic sperm injection): mikrohedelmöitys. Yksi hyvälaatuinen siittiö injisoidaan kerätyn munasolun sisälle, jonka jälkeen alkion annetaan kehittyä ja alkio siirretään kohtuun kuten IVF-hoidossa.
- IUI (intrauterine insemination): inseminaatio eli keinosiemennys. Pesty siemenneste ruiskutetaan kohtuonteloon. ”Kevyt” lapsettomuuden hoitomuoto.

Lapsettomuushoitojen lopettaminen: Lapsettomuushoidot voidaan lopettaa henkilön tai pariskunnan aloitteesta missä tahansa hoitoprosessin vaiheessa. Brandes, van der Steen, Bokdam, Hamilton, de Bruin, Nelen & Kremer (2009) määrittelevät vaiheet seuraavasti: *vaihe I* heti ensimmäisen käynnin jälkeen, *vaihe II* diagnostisen vaiheen aikana, *vaihe III* diagnostisen vaiheen loputtua ennen ensimmäistä hedelmöityshoitokertaa, *vaihe IV* muun hoidon kuin IVF:n aikana tai jälkeen, *vaihe V* IVF-hoidon aikana, *vaihe VI* vähintään kolmen IVF-hoidon jälkeen. Tässä tutkimuksessa hedelmöityshoitojen lopettaminen katsotaan mahdolliseksi missä tahansa vaiheessa, edellyttäen kuitenkin, että pariskunta on hakeutunut tutkimukseen lapsettomuusongelman kanssa. Näin ollen lopettamisen katsotaan pitävän sisällään myös hedelmöityshoidoista luopumisen ennen ensimmäistäkään hoitokertaa. The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine määrittelee hedelmöityshoidon tuloksettomaksi, kun hoidolla on ≤ 1 % mahdollisuus saavuttaa elävän lapsen syntymä (Klock 2015, 267).

2.2 Lapsettomuuskriisi

Monelle lasta toivovista lapsettomuus on siihenastisen elämän pahin kriisi, joka yllättää elämänsä hallintaan tottuneen ihmisen (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4115-4116). Kun ihminen on läpi elämänsä tuntenut, että omat lapset kuuluvat aikanaan hänen aikuisuuteensa, on toive lapsesta integroitunut hänen persoonallisuuteensa. Tästä toiveesta luopuminen käynnistää kriisin ja vaatii surutyön. Suru on verrattavissa läheisen ihmisen mene-

tykseen. Menetyksen kohteina vain ovat mielikuvissa eläneet, syntymättä jääneet lapset. Kriisin alku on epämääräinen ja kumppanit joutuvat siihen eri tahtiin. Häpeä sekä arvottomuuden ja nöyryytyksen tunteet ovat tavallisia. Se, että joudutaan kutsumaan ulkopuolisia parin kaikista intiimeimmälle alueelle, tuntuu usein nöyryyttävältä. (Tiitinen 2013.)

Lapsettomuuskriisi pitää sisällään klassisia surutyön vaiheita: järkytys ja torjuminen, toimiminen, sureminen ja tilanteen hyväksyminen. Parin voi kuitenkin olla vaikea päättää, milloin menetys on todellinen. Silloin, kun tieto lapsettomuudesta on tullut vastikään, hallitsee tunteita epäusko ja kieltäminen. Nämä tunteet suojaavat alkuvaiheen tuskalta ja antavat aikaa sopeutua tilanteeseen. Potilas voikin olla vastaanotolla näennäisesti tyyni ja hyvin toimiva. Pitkään jatkuessaan torjuminen ja kieltäminen vievät mahdollisuuksia täysipainoisesta ja tyydyttävästä elämästä sekä voivat estää lapsettomuuden hyväksymisen ja vaihtoehtojen ratkaisujen pohtimisen. (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4116.)

Alun epäuskoa ja tunteiden kieltämistä seuraa usein toiminnalla reagointi. Tapahtuneelle on tarpeen löytää merkitys sekä selvittää, mitä asialle on tehtävissä. Lapsettomuushoidoissa voi olla suuri paine edetä nopeasti. Jatkotilanteen kannalta on kuitenkin joskus parempi, ettei parin toive nopeasta hoidosta toteudu, sillä tunteet tulevat pintaan jälkijunassa. Vihan tunteet tapahtuneen epäoikeudenmukaisuutta, kumppania, ystäviä, hoitohenkilökuntaa ja syntymätöntä lasta kohtaan ovat tavallisia. Myös sosiaalinen eristäytyminen on tavallista tutkimusten ja hoitojen hallitessa elämää. Lapsiperheitä ei haluta tavata niiden herättämän kateuden ja arvottomuuden tunteiden vuoksi. Masennuskaudet ovat tavallisia. (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4116.)

Parhaatkaan hoidot eivät takaa raskauden alkamista. Päätös hoitojen lopettamisesta on usein vaikea. Surutyö ei välttämättä pääse lainkaan alkamaan, kun uusia hoitomuotoja ja mahdollisuuksia tulee tarjolle. Lapsettomuuden kokemus on kipeä eikä se poistu. Kuitenkin vain kivun kautta ja tunteita läpielämällä lapsettomuus tarjoaa mahdollisuuden psyykkiseen kasvuun. Lapsettomuuden hyväksymisen myötä elämään tulee iloa ja uusia merkityksiä. Hyväksymisen jälkeenkin kipeät tunteet voivat nousta pintaan eri elämänvaiheissa, esimerkiksi ikätovereiden saadessa lapsenlapsia. Suru ei kuitenkaan enää hallitse elämää. Jokainen

lapseton pari on erilainen ja myös puoliset voivat kokea tilanteen keskenään hyvin eri tavoin. Kaikille lapsettomuus ei ole vakava kriisi, mutta jokaiseen se jättää jälkensä. (Toivanen, Vilksa & Tulppala 2004, 4117; Tulppala 2007, 27, 30.)

2.3 Lapsettomuuskokemuksen muodostuminen

Lapsettomuus on hyvin intiimi aihe. Lapsettomuuskokemuksen muodostumiseen vaikuttaa se, millaisen merkityksen sukupolvien ketjussa nainen ja mies, yksilöinä ja pariskuntana, ovat biologisille lapsille antaneet. Läheisten ajattelemattomat kommentit ovat omiaan lisäämään parin paineita. Lähipiirin antamalla palautteella onkin tärkeä merkitys lapsettomuudesta kärsivän pariskunnan kokemuksen muodostumiselle. Parin tulee yhdessä miettiä, kenelle lapsettomuudesta halutaan kertoa. Joidenkin on luontevaa puhua lapsettomuudesta avoimesti ulospäin. Toisaalta puolisoilla voi olla täysin erilaiset mielipiteet ulkopuolisille kertomisesta. Harva pariskunta kokee ympäristöilmapiirin niin turvalliseksi, että rohkenee puhua ongelmastaan ainakaan alussa. Työssä käyvälle tiukasti aikataulutetut hedelmöityshoidot johtavat useisiin poissaoloihin, joille on annettava jokin selitys työpaikalla. Lisäksi lapsettomuushoitojen ajalle sattuneet muut elämäntilanteet vaikuttavat merkittävästi parin kokemuksen muodostumiseen. Kuormittavat tapahtumat muilla elämän osa-alueilla lisäävät omalta osaltaan hoitojen rasittavuutta. (Krouvi 2003, 12; Toivanen, Vilksa & Tulppala 2004, 4116; Tulppala 2007, 30.) Naista hoidot kuormittavat myös ruumiillisesti, mutta tunteiden vuoristoradan puoliset jakavat yhdessä (Tulppala 2012, 2084).

Tavallisesti naiset tuntevat miehiin verrattuna enemmän lapsettomuuteen liittyvää ahdistusta, stressiä ja masennusoireita sekä kokevat olevansa vastuussa hedelmättömyydestä (Tulppala 2012, 2082). Lapsettomuuden johtuminen tuntemattomasta syystä koetaan yleensä rankemmaksi kuin jos syy on selvillä. Miehet ovat huolissaan erityisesti lapsettomuuden vaikutuksista puolisoon, parisuhteeseen ja ystävyys-suhteisiin. Tilanne voi kuitenkin olla hyvin erilainen, mikäli hedelmättömyyden syy on miehessä. Tällöin mies usein tuntee voimakasta epäonnistumista miehen roolissa. Kyky saattaa nainen raskaaksi ja jatkaa sukua on monelle miehelle tärkeä osa maskuliinisuutta ja seksuaalisuutta. Jommankumman puolison mahdolliset lapset aikaisemmasta liitosta voivat muistuttaa kipeästi puolison hedelmälli-

syydestä. Lapsettomuus voi tuoda parisuhteen vanhat ongelmat kärjistetyksi esiin ja aiheuttaa uusia. Parisuhde voi kärsiä puhumisen tai puhumattomuuden pelosta, jonka seurauksena voi olla tunne erilleen ajautumisesta. Puoliso voi jopa kehottaa hankkimaan uuden kumppanin, että edes toinen saisi mahdollisuuden lapseen. (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4116-4117; Tulppala 2007, 30.)

Lapsettomuushoitojen aikana on tavallista, että oman seksuaalisuuden kokemisessa ja seksuaalielämässä ilmenee ongelmia. Parisuhteen vaikeudet ja kriisit muilla elämänalueilla heijastuvat herkästi seksuaalisuuteen. Yhdyntöjen ajoittaminen ovulaatioaikaan voi aiheuttaa suorituspainetta. Spontaanisuus seksistä häviää. Kun yhdyntöjen päätavoitteena on raskauden alkuunsaattaminen, hellyys ja intohimo jäävät sivurooliin. Suorituspainet voivat johtaa erektio-ongelmiin ja haluttomuuteen, jolloin nainen voi tuntea viehätysvoimansa kadonneen. Lapsettomuskriisin keskellä elävälle tyypilliset mielialavaihtelut, suru ja masentuneisuus heijastuvat helposti seksuaaliseen halukkuuteen. (Tulppala 2007, 31.) Lapsettomuushoidot rikkovat kehon intimiteettiä ja rajoja. Hoitojen pitkittyessä etenkin naiselle tehdään monenlaisia toimenpiteitä. Jos raskaus ei hoidoista huolimatta ala, moni nainen ja mies kokee kehonsa toimimattomaksi ja arvottomaksi. Puolison hellä, rakastava ja huomioitava kosketus auttaa parantamaan kehon saamia kolhuja. Sillä on tärkeä merkitys, jotta pari voisi uudestaan löytää keskinäisen mielihyvän ja läheisyyden. (Tulppala 2012, 2084.)

Yllättävää kyllä, lapsettomuuden aiheuttamat muutokset parisuhteessa ovat useimmiten myönteisiä. Yhdessä läpikäyty kriisi vahvistaa parisuhdetta ja pakottaa osapuolet puhumaan toisilleen. Lapsettomuus voi lähentää pariskuntaa yhteisen surun ja toivon kautta. Parhaimmillaan lapsettomuus voi tuoda mukanaan ennen kokemattoman keskinäisen tuen ja ymmärryksen tunteen. Se voi johtaa lisääntyneeseen sitoutumiseen ja läheisyyteen sekä auttaa parisuhdetta kehittymään eteenpäin. (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4116-4117; Tulppala 2007, 30-31.)

2.4 Lapsettomuushoitojen aikana tarjottava tuki

Lapsettomuuden takia hoitoon hakeutuneet parit tarvitsevat läpi hoitoprosessin niin lääketieteellistä neuvontaa kuin psyykkistä tukeakin. Mahdollisuudet psykososiaaliseen tai psykoterapeuttiseen tukeen riippuvat paljolti asuinalueesta ja hoitopaikasta. Suurten kaupunkien ympäristössä ja yksityisissä lapsettomuudenhoitoyksiköissä psyykkistä tukea on helpoiten saatavilla. Psykososiaalista tukea ja neuvontaa ei useinkaan mielletä osaksi lääketieteellistä hoitoa eikä psyykkisen tuen ammattilainen yleensä kuulu lääketieteelliseen hoitoryhmään. Ammattiavun ohella lapsettomien parien toisilleen antama vertaistuki on tärkeää. (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4118-4119.) Lapsettomien yhdistys Simpukka ry on kokemuksellinen asiantuntijaorganisaatio, jonka tavoitteena on edistää tahattomasti lapsettomien sekä heidän läheistensä asemaa ja hyvinvointia. Yhdistys toimii kyseisten ryhmien edunvalvojana sekä pyrkii lisäämään yhteiskunnan tietoa ja tietoisuutta lapsettomuusaiheesta. Yhdistys tarjoaa muun muassa vertaistukiryhmiä erilaisille lapsettomille, vertaistukea verkossa sekä virkistystoimintaa. Yhdistys julkaisee myös Simpukka-lehteä. (Lapsettomien yhdistys Simpukka ry 2013.)

Ammattilaisten tulisi ottaa puheeksi lapsettomuuteen ja lapsettomuushoitoihin tyypillisesti liittyvät ongelmat intiimielämän alueella. Usein avoin keskustelu hoitavan lääkärin kanssa riittää, osa tarvitsee seksuaaliterapeutin apua. Pienellä osalla hedelmättömyyden taustalta löytyy yhdyntään liittyviä ongelmia, kuten haluttomuutta, erektiohäiriöitä, siemensyöksyn puuttumista tai vaginismia (emättimen jännitys- ja pakoreaktio). Hienotunteinen seksuaaliasioista keskustelu kuuluu siis asiaan jo lapsettomuuden syitä selviteltäessä. Yhdyntään liittyvät seksuaaliongelmien ovat usein moniulotteisia. Niissä fyysiset, psyykkiset ja ihmissuhdeongelmien kietoutuvat yhteen. (Tulppala 2007, 12, 31.)

Potilaslähtöinen työskentelytapa ja yksilöllinen hoitojen räätälöinti voivat vähentää lapsettomuusstressiä tehokkaasti. Sosiaalinen tuki on tärkeä apu uupumuksen ennaltaehkäisyssä. Vaikka hoitohenkilökunnan antama ohjaus ja neuvonta koetaan usein riittäväksi psyykkiseksi tueksi, on olennaista tunnistaa asiakkaat, jotka hyötyisivät psyykkisen työn ammattilaisten tuesta. (Anttila & Korkeila 2012, 2076, 2079-2080.)

2.5 Stressi ja lapsettomuus

Stressin aiheuttama henkinen kuormittuminen ei nykykäsityksen mukaan aiheuta naiselle pysyvää lapsettomuutta, mutta siihen voi liittyä hedelmällisyyden tilapäinen lasku. Myös miehillä henkinen kuormitus voi heikentää sperman laatua. Kuitenkin suurin osa pareista saa nykyisillä hedelmöityshoidoilla avun ja raskaus alkaa lapsettomuusstressistä riippumatta. (Anttila & Korkeila 2012, 2076-2078.)

Ebbesenin, Zachariaen, Mehlsenin, Thomsenin, Højgaardin, Ottosenin, Petersenin & Ingerslevin (2009) mukaan on näyttöä siitä, että psykologiset tekijät, kuten stressi, ahdistus ja masennus, voivat vaikuttaa raskauden alkamisen mahdollisuuksiin IVF-hoidossa. Tutkimuksessaan he etsivät yhteyttä IVF-raskauden onnistumisen ja hoitoa edeltävän vuoden aikaisten stressaavien elämäntilanteiden välillä. Tutkimuksen tuloksena havaittiin, että suuri määrä edeltäviä negatiivisia elämäntapahtumia vähentää mahdollisuuksia tulla raskaaksi IVF-hoidolla. Naiset, jotka tulivat raskaaksi, raportoivat vähemmän hedelmällisyyteen liittyttämiä stressitekijöitä IVF-hoitoa edeltävästi verrattuna naisiin, jotka eivät tulleet raskaaksi. Krooninen stressi voi vaikuttaa hedelmöittymiseen solutasolla sekä häiritsemällä munasarjojen toimintaa. Anttila & Korkeila (2012, 2078) kuitenkin mainitsevat, että kliiniset tutkimustulokset stressin ja hoitojen onnistumisen yhteydestä ovat jossain määrin ristiriitaisia.

2.6 Lapsettomuushoitojen lopettaminen

Modernit lapsettomuuden hoitomuodot antavat parille toivoa, ja useimmat saavat niistä ennen pitkää apua (Tiitinen 2013). Toisaalta toivosta voi olla vaikea luopua, jos lupaavat hoidot eivät tuotakaan tulosta (Seppänen 2012b, 2053). Hoidoista luopumisen prosessissa auttaa tieto, että kaikki tehtävissä oleva on tehty. Hoitavan lääkärin on tärkeä sanoa rehellisesti, milloin hoitoja ei kannata enää jatkaa. (Tulppala 2012, 2084.)

Psyykkistä tukea tarvitaan kaikissa lapsettomuusongelmiin liittyvissä vaiheissa. Ammattilaisen tuki on niin ikään tärkeää hoitojen lopettamispäätöksiä tehtäessä. (Koskimies 2004,

77.) Tiitisen (2004, 4107) mukaan lapsettomuus on psykososiaalinen ongelma, jonka edessä ei saa painottua pelkkä lääketieteellinen osaaminen, vaan neuvontaa ja tukea tarvitaan koko hoitoprosessin ajan. Hänen mukaansa hoidon lopetus on lapsettomuuslääkärin vaativin tehtävä. Lopetustilanteessa on käytävä huolellisesti läpi tehdyt tutkimukset ja hoitojen kulku sekä tunnistettava, kuka tarvitsee psyykkistä tukea, ehkä terapiaakin, hoitojen epäonnistuttua. Tiitinen kokee lapsettomuuslääkärin onnistuneen työssään silloinkin, kun hän kykenee tukemaan pariskuntaa tilanteen hyväksymisessä ja jatkamaan elämää onnellisessa parisuhteessa ilman lapsia. Lapsettomuushoitojen aikana olisi tärkeää auttaa paria käsittelemään lapsettomuuden herättämiä tunteita ja tukea paitsi mahdollisessa tulevassa vanhemmuudessa, myös vanhemmuudesta luopumisen prosessissa (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4115). Luopumisvaiheessa parit hyötyisivät paripsykoterapeuttisesta avusta. Siinä psykoterapeutin tehtävänä on auttaa suremaan syntymättä jäänyttä lasta sekä auttaa paria löytämään uusia sisältöjä elämään. (Tulppala 2012, 2084.)

Krouvi (2003, 9) sivuaa lapsettomuushoitojen lopettamista. Kun pariskunnan mietittäväksi tulee hoitojen lopettaminen, hoitohenkilökunnalta kaivataan realistista tietoa ja tukea. Hoitojen jatkuminen vain lisää lapsen saamisen toivetta. Parin voikin olla vaikea lopettaa hoitoja, sillä heille voi tulla tunne oman lapsen hylkäämisestä. Kun lopettamispäätös on tehty ja suurin suru tasaantunut, pariskunta usein huomaa, miten mukavaa on olla taas kahdestaan. Mielikuvissa pitkään kolmantena elänyt lapsi sekä hoitohenkilökunta ohjeineen väistyvät parin elämästä. Pariskunnalla on taas aikaa harrastuksille, työlle ja ystäville, jotka kriisin keskellä ovat jääneet taka-alalle. Myös hellyys ja ajan antaminen toiselle on mahdollista eri tavalla kuin hoitojen aikana. Pariskunnan pohdittavaksi tulee myös mahdollinen adoptio. Seppäsen (2012b, 2053) mukaan adoptio, sijaisvanhemmuus tai lapsettomuuteen sopeutuminen ovat kehittyneiden hedelmöityshoitojen aikakaudella usein viimeinen vaihtoehto, johon päädytään vasta, kun hoitoja on ainakin kokeiltu. Vuonna 2014 Suomessa tehtiin 445 adoptointia (Tilastokeskus 2015). Luku on pieni verrattuna hedelmöityshoitojen määrään: niitä aloitettiin samana vuonna liki 13 500 (ennakkotieto, Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015, 1). Kaikkien adoptointien taustalla ei toki ole lapsettomuusongelmaa.

Hedelmöityshoidot voidaan joutua lopettamaan naisen korkean iän vuoksi. Hedelmöityshoitolaki ei aseta hoidettavalle ikärajaa, mutta julkisella puolella yläikäraja liikkuu 38-40 vuoden tienoilla. Ikäraja on jouduttu asettamaan, jotta hoitoyksikkö pysyisi hoitotakuussa. Yksityisellä puolella hoidetaan jopa 45-vuotiaita. Julkisella puolella joudutaan hoitotakuun nimissä rajoittamaan myös hoitokertojen määrää. Kolme varsinaista hoitokertaa on tavanomainen määrä. Jos raskauden todennäköisyys arvioidaan pieneksi, hoitoja voidaan tehdä vähemmänkin. Yksityisillä klinikoilla hoitoja voidaan tehdä periaatteessa niin kauan kuin asiakkaan kukkaro antaa myöten. Kuitenkin jokaisen hoidon jälkeen tulisi arvioida, onko hoitoja edellytyksiä jatkaa. (Seppänen 2012a, 2052.)

Lapsensaantitoiveesta luopuminen pitää sisällään useita menetyksiä. Paitsi että menetetään mahdollisuus biologiseen vanhemmuuteen, naiselle se tarkoittaa myös raskaudesta, synnytyksestä ja imetyskokemuksesta luopumista. Ulkopuolisuuden tunne on tavallista: pari jää lapsiperheiden piiriin ulkopuolelle. Ystävyys-suhteita saattaa katketa ystävien ajattelemattomien kommenttien ja myönteelämisen puutteen takia. Moni suree niin ikään omien vanhempiensa menetettyä isovanhemmuutta sekä tulevaa omien lastenlasten puuttumista. Kyse siis ei ole vain yhden elämänvaiheen menetyksestä. (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4117; Tulppala 2012, 2082.)

Suurin osa lapsettomuushoitojen jälkeen lapsettomiksi jääneistä sopeutuu uuteen elämäntilanteeseen hyvin. He jatkavat elämää tyytyväisinä parisuhteessa ja löytävät uutta sisältöä elämään. Osa kuitenkin kuvaa lapsettomuudella olleen kielteisiä vaikutuksia henkiseen hyvinvointiin, parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen pitkän aikaa hoitojen loppumisen jälkeenkin. (Tulppala 2012, 2084.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvailla tuloksettomista lapsettomuushoidoista luopumiseen vaikuttavia syitä ja tekijöitä. Tarkoituksena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoa pariskunnan tukemisesta tilanteesta, jossa pari on joko omasta aloitteestaan tai hoitavan lääkärin suosituksesta luopumassa lapsettomuushoidoista. Tutkimuskysymyksiä on kaksi:

Mitkä tekijät vaikuttavat pariskunnan päätökseen lopettaa lapsettomuushoidot?

Miten hoitohenkilökunta voi tukea pariskuntaa, joka on lopettamassa lapsettomuushoitoja?

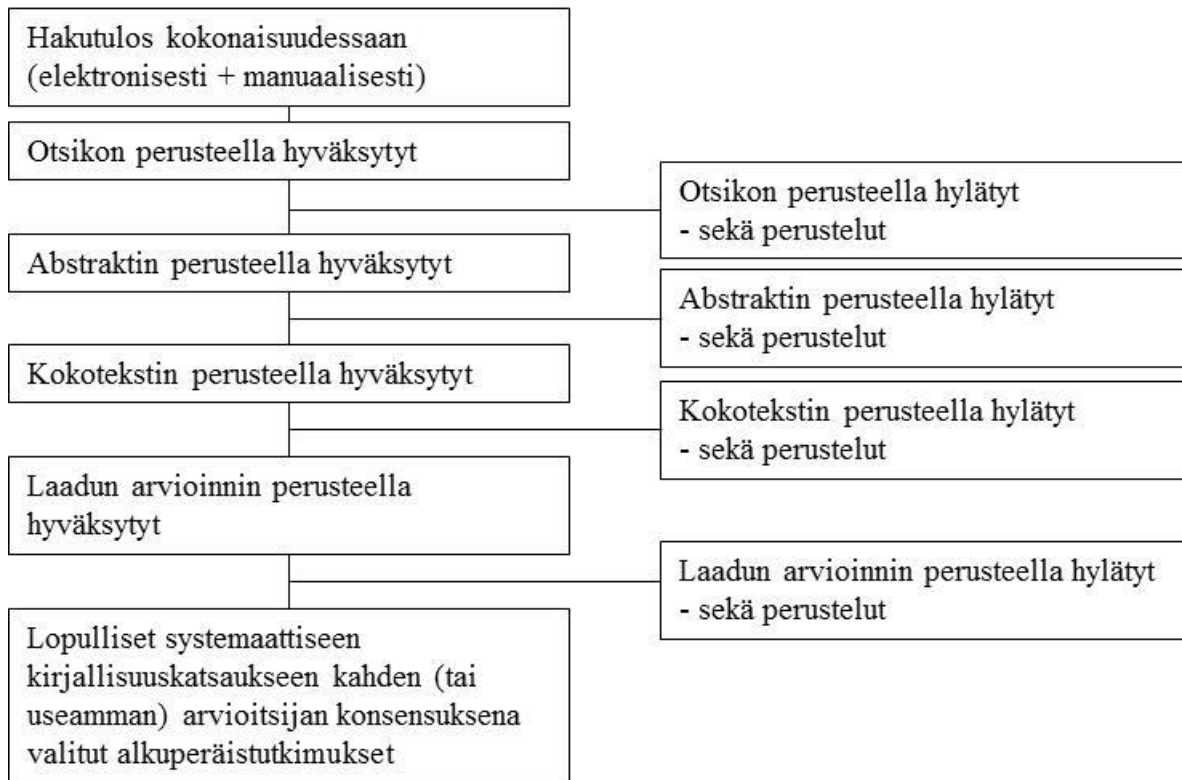
Hedelmöityshoitoihin voi hakeutua miehen ja naisen muodostama pariskunta, naispari tai yksinelävä nainen. Tässä tutkimuksessa keskitytään pelkästään miehen ja naisen muodostamiin pariskuntiin – heihin, joilla lapsettomuus ei johdu vastakkaista sukupuolta olevan parin puuttumisesta. Yksinäisten naisten ja naisparien hedelmöityshoitoihin liittyy erityispiirteitä, kuten lahjasukusolujen käyttöä. Myös heteropariskunnat voivat joutua turvautumaan lahjoitettuihin munasoluihin tai siittiöihin. Tässä opinnäytetyössä ei tehdä eroa heteropariskunnan lahjasukusoluhoidojen ja omilla sukusoluilla tehtävien hoitojen välille.

4 SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTAMINEN

4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tutkimusmenetelmäksi olen valinnut systemaattisen kirjallisuuskatsauksen. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on sekundaaritutkimus, joka pohjautuu aiemmin tehtyihin, tarkasti rajattuihin ja valikoituihin tutkimuksiin. Muista kirjallisuuskatsauksista systemaattinen kirjallisuuskatsaus eroaa erityisen tarkan tutkimusaineiston valinta-, analysointi- ja syntetisointiprosessin vuoksi. Aineistoksi kelpuutetaan vain relevantit, korkealaatuiset tutkimukset. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulee olla toistettavissa, joten tutkimuksen vaiheet määritellään ja kirjataan tarkoin. Mukaan otettaville tutkimuksille laaditaan ennakkoon tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Ne voivat kohdistua tutkimuksen kohdejoukkoon, interventioon, tuloksiin tai tutkimusasetelmaan. Myös tutkimusten laadun arviointi on tärkeää. Aina systemaattinen kirjallisuuskatsaus ei tuo vastausta tutkimuskysymykseen/kysymyksiin. Tämäkin on tärkeä tulos ja kertoo siitä, että tutkittavasta aiheesta ei ole tehty riittävästi tutkimuksia. (Johansson 2007, 4-6.)

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavien ja hylättävien alkuperäistutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain (ks. kuvio 1). Ensin kaikista haun tuloksena saaduista tutkimuksista luetaan otsikot ja hyväksytään ne, jotka vastaavat sisäänottokriteerejä. Jos vastaavuus ei selviä otsikosta, luetaan tutkimuksesta abstrakti tai koko tutkimus. Joskus samasta alkuperäistutkimuksesta voi olla olemassa useampi julkaisu. Tällöin näistä valitaan kattavin. Näin vältetään toistojulkaisemisharhaa. Tutkimusraporttiin tulee kirjata kussakin vaiheessa hyväksytyjen ja hylättyjen alkuperäistutkimusten lukumäärät sekä perustelut hylkäämisille. Lisäksi kiinnitetään huomiota valituksi tulleiden alkuperäistutkimusten laatuun. Laadussa kiinnitetään huomiota muun muassa alkuperäistutkimuksessa käytettyjen menetelmien laatuun, sovellettavuuteen ja käyttöön (esimerkiksi kvantitatiivisessa tutkimuksessa satunnaistaminen ja sokkouttaminen sekä kadon arviointi). (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41-42.)



KUVIO 1. Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi vaiheittain raportoituna (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42).

Tämän tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää vain yhtä tutkijaa. Johanssonin (2007, 6), Pudas-Tähkän & Axelinin (2007, 55) sekä Flinkmanin & Salanterän (2007, 98) mukaan systemaattista kirjallisuuskatsausta / integroitua katsausta tulisi olla tekemässä vähintään kaksi tutkijaa. Useamman tutkijan mukana olo lisää olemassa olevien tutkimusten valinnan ja käsittelyn luotettavuutta (Johansson 2007, 6), vähentää katsauksen subjektiivisuutta ja tutkijan työtaakkaa (Flinkman & Salanterä 2007, 98) sekä synnyttää uusia ajatuksia ja uuden oppimista (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 55). Kääriäinen & Lahtinen (2006, 41) tarkoittavat tutkijan subjektiivisen valikoitumisharhan minimoimisella sitä, että alkuperäistutkimuksia valittaessa tutkija valitsee mahdollisimman täsmällisesti ne tutkimukset, jotka ovat tutkimuskysymyksen kannalta olennaisia. Subjektiivista valikoitumisharhaa voidaan heidän mukaansa vähentää paitsi useamman, toisistaan riippumattomasti alkuperäistutkimuksia valikoivan tutkijan käyttämisellä, myös tarkalla sisäänottokriteerien rajauksella.

4.2 Tutkimusprosessiin valmistautuminen

Olen saanut arvokasta ohjausta aineiston hakuun Oulun ammattikorkeakoulun kirjaston informaatikolta Satu Rantahalvarilta. Ensimmäisellä ohjauskerralla perehdyimme elektrotietokantojen käyttöön. Tällöin minulla oli vielä mielessä kolme mahdollista lähestymisnäkökulmaa lapsettomuusaiheeseen. Artikkelihakuja itsenäisesti tehtyäni tarkastelunäkökulmaksi valikoitui lapsettomuushoitojen lopettaminen: siitä on tehty sen verran tutkimuksia, että aineistoa löytyy, mutta aiheesta keskustellaan ja kirjoitetaan varsin vähän. Lähdetietokantoina käytän EBSCO- ja PubMed-tietokantoja. Niistä haen englanninkielisiä artikkeleita. Ennakkoperehtymiseni aiheeseen on osoittanut, ettei lapsettomuushoitojen lopettamisesta ole juurikaan suomenkielistä kirjallisuutta. Muutamissa suomenkielisissä teoksissa kuitenkin sivutaan hoitojen lopettamista. Kyseisiä teoksia onkin käytetty lähteenä luvussa 2. Tästä syystä en erikseen hae suomenkielisiä artikkeleita tai kirjoja. Pelkän kahden tietokannan käyttöä perustelen sillä, että aikaa tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteuttamiseen on rajallisesti. Kattavampi haku voisi lisätä tutkimuksen luotettavuutta.

Toisella tapaamiskerralla informaatikon kanssa sain ohjausta oikeiden hakusanojen löytämiseen. Olin havainnut, että relevanttien artikkelien löytyminen on haasteellista ja kokotekstien saatavuus on rajallinen. Esimerkiksi sanalle ”lopettaminen” on lukuisia englanninkielisiä vastineita: discontinuation, dropout, end, stop, termination, withdrawal, abandon, quit, finish, conclude, give up jne. Mietimme yhdessä Rantahalvarin kanssa hakusanoja ja hakujen rajauksia. Päädyimme hyvin samanlaisiin valintoihin, joihin olin aiemmin itsenäisestikin päätenyt. Hakusanoina käytän

”infertility treatment*” or ”assisted reproduction techn*” AND discontinu* or end or dropout* AND psycholog* or support*

Päätimme lisätä hakukriteereihin psykologisen ja tukinäkökulman (psycholog* or support*), sillä ilman kyseistä tarkennusta lähteitä tulee todella paljon ja niiden näkökulma on hyvin lääketieteellinen. Alustavan kirjallisuuteen perehtymisen perusteella tukinäkökulmaa

ei juurikaan kirjallisuudessa käsitellä, joskin tiedetään, että hoitohenkilökunnalta saadun tiedon ja tuen puuttuminen voi edesauttaa hoitojen lopettamista. Yksi tutkimuksen pohdittava aihe voisikin olla, voitaisiinko hoitohenkilökunnan tuella vähentää parin psyykkistä stressiä siten, että he jaksaisivat hoidoissa pitempään. Toisaalta voidaan pohtia, onko hoitavan tahon pyrkimys lisätä hoitokertoja eettisesti oikein.

Mikäli tietokantahaku antaa jonkin otsikon ja/tai abstraktin perusteella mielenkiintoisen artikkelin, mutta sitä ei ole saatavilla kokotekstinä OAMK:n kirjaston kautta, käänny Oulun yliopiston puoleen. Oulun yliopiston kirjastolla on laajemmat käyttöoikeudet useisiin tieteellisiin julkaisuihin. Mikäli kokotekstiä ei ole saatavilla sähköisenä tai paperiversiona tai sen hankkimisesta pitäisi maksaa, suljen lähteen tutkimukseni ulkopuolelle. Nämä seikat heikentävät osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. Pohdimme informaatikko Rantahalvarin kanssa myös sitä, onko systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen mahdollista ottaa mukaan tutkimuksia, joita en löydä tietokannoista tekemäni haun perusteella, mutta joiden jäljille pääsen jonkin löytämäni artikkelin lähdeluettelon kautta. Tulimme siihen tulokseen, että täten löydettyä tutkimusta voin myös käyttää kirjallisuuskatsauksen lähteenä, mikäli saan sen kokotekstinä käsiini.

Alkuperäistutkimuksia etsittäessä tulee kriittisesti arvioida niiden laatua. Mukaan otettavien tutkimusten tulee olla tieteellisiä, vertaisarvioinnin (peer review) läpikäyneitä artikkeleita. Ohjeita alkuperäistutkimusten laadunarviointiin antavat muun muassa Kontio & Johansson (2007, 101-107). Tutkimusten julkaisuvuoden raja on vuonna 2000 ja sen jälkeen tehtyihin tutkimuksiin. Kovin vanhoja tutkimuksia ei ole järkevä ottaa mukaan tarkasteluun, sillä lapsettomuushoidot ja hoitojen tulokset ovat kehittyneet nopeasti.

4.3 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Lopulliseen tarkasteluun valitaan tutkimukset, jotka täyttävät seuraavat *sisäänottokriteerit*:

- Tutkimus tai olennainen osa tutkimusta käsittelee lapsettomuushoitojen lopettamista (selviää joko tutkimuksen otsikosta, abstraktista tai lukemalla kokoteksti).

- Tutkimus on laadukas: tieteellinen ja laadukkaassa lähteessä julkaistu, tutkimusmenetelmä on kuvattu kattavasti ja sitä on arvioitu kriittisesti, tutkimus on läpikäynyt vertaisarvioinnin.
- Kokoteksti on saatavilla maksutta tietokannoista joko OAMK:n tai Oulun yliopiston kirjaston kautta.
- Tutkimusta ei löydy elektronisessa haussa, mutta sen jäljille päästään toisen tutkimuksen lähdeluettelon kautta. Kyseinen tutkimus tulee saada kokotekstinä käsiin.
- Tutkimus on julkaistu vuonna 2000 tai sen jälkeen.
- Tutkimusraportti on englanninkielinen.

Ulkopuolelle jätetään tutkimukset, jotka täyttävät jonkin seuraavista *poissulkukriteereistä*:

- Tutkimuksen sisältö ei käsittele tutkittavaa aihetta tai sitä sivutaan vain hyvin lyhyesti.
- Tutkimus ei vastaa laatuvaatimuksia.
- Kokotekstiä ei ole saatavilla tai se on maksullinen.
- Samasta tutkimuksesta löytyy useampi julkaisu. Näistä valitaan vain kattavin.

4.4 Hakujen suorittaminen

4.4.1 EBSCO-tietokanta

Ensimmäinen haku suoritettiin 30.9.2015 EBSCO-tietokannasta kirjautumalla sisään Oulun Ammattikorkeakoulun opiskelijatunnuksilla. Samanaikaisesti valittiin käytettäväksi kahta tietokantaa: monialaista Academic Search Elitea ja hoitotieteeseen keskittyvää CINAHL:ia. Haku toteutettiin edistyneellä haulla (Advanced Search). Hakutermien yhdistämisessä käytettiin apuna Boolean operaattoreita (AND/OR) ja hakusanojen katkaisussa *-merkkiä, jotta saatiin mukaan sanojen eri taivutusmuotoja. Hakusanana käytettiin:

(”infertility treatment*” or ”assisted reproduction techn*”) AND (discontinu* or end* or dropout*) AND (psycholog* or support*)

Julkaisuaikaväliksi asetettiin vuoden 2000 alku–vuoden 2015 loppu. Rajauksella ”Scholarly (Peer Reviewed) Journals” saatiin haku kohdistumaan tieteellisiin julkaisuihin. Hakua laajennettiin ”Apply related words” -komennolla, jotta hakusanojen kanssa samaa tarkoittavat sanat otettaisiin huomioon. Aluksi kokeiltiin laajennusta, joka etsisi hakusanoja myös artikkelien kokoteksteistä (Also search within the full text of the articles), mutta tuloksena oli liian suuri artikkelimäärä, yli 1600 kappaletta.

Alla olevasta taulukosta selviää, kuinka löydettyt artikkelit jakaantuivat sisäänotto- ja pois-sulkukriteerien mukaisesti.

TAULUKKO 1. Hakutulos EBSCO-tietokannasta.

Hakutulos yhteensä (EBSCO)	115 artikkelia
Otsikon perusteella hylätyt	81 artikkelia
Abstractin perusteella hylätyt	18 artikkelia
Kokotekstin perusteella hylätyt	3 artikkelia
Laadunarvioinnin perusteella hylätyt	0 artikkelia
Sama tutkimus julkaistu kahdessa eri julkaisussa	1 artikkeli
Ei kokotekstiä saatavilla → menee jatkoetsintään	8 artikkelia
Hyväksytyt kokotekstiartikkelit	4 artikkelia

Haun tuloksena saatiin varsin maltillinen määrä artikkeleita (115 kpl). Löydettyt artikkelit vastasivat hyvin hakusanoja eli enemmistö artikkeleista käsitteli lapsettomuushoitoja. Tämä kertoo siitä, että hakusanat ja rajoitteet / laajennukset oli valittu hyvin. Jonkin verran epärelevantteja artikkeleita uskottiin löytyneen end* -hakusanasta johtuen; kyseisten artikkelien otsikot sisälsivät muun muassa sanoja ”endometriosis” ja ”endocrine”. Jokainen löydetty artikkeli käytiin vähintään otsikkotasolla läpi. Hakutulossivulla näkyi kuhunkin artikkeliin liittyviä asiasanoja. Niiden silmäily vahvisti osaltaan otsikon perusteella hylättävien, epärelevanttien artikkelien havaitsemista. Otsikon perusteella hylätyt artikkelit (81 kpl) eivät käsitelleet lapsettomuushoitoja tai olivat hyvin lääketieteellisiä, esimerkiksi solutasolle me-

neviä tai lääkeaineita käsitteleviä. Jonkin verran mukana oli myös syöpää käsitteleviä artikkeleita. Artikkelit, joiden otsikko ei antanut riittävästi informaatiota tutkimuksen sisällöstä, avattiin ja niistä luettiin abstrakti. Abstraktin perusteella hylätyt artikkelit (18 kpl) käsittelivät kyllä suurimmaksi osaksi lapsettomuushoitoja, mutta näkökulma ei ollut tämän tutkimuksen tavoitteiden mukainen. Abstraktit eivät siis antaneet viitteitä siitä, että tutkimuksissa käsiteltäisiin lapsettomuushoitojen lopettamista. Kokotekstin perusteella hylättiin 3 artikkelia, jotka eivät käsitelleet lopettamisen syitä tai niissä korkeintaan sivuttiin lopettamisen syitä viittaamalla muiden tutkijoiden tekemiin tutkimuksiin. Yksi valituiksi tulleista tutkimuksista oli julkaistu samalla nimellä myös toisessa julkaisussa. Kummastakaan ei ollut kokotekstiä saatavilla, joten julkaisujen kattavuutta ei näin ollen voitu arvioida. Hylättäväksi päädyttiin valitsemaan se artikkeli, joka oli julkaistu iranilaisessa lehdessä (Iranian Journal of Reproductive Medicine), sillä arvioitiin, että kyseisen julkaisun löytyminen olisi epätodennäköistä.

Tämän tutkimuksen kannalta relevantteja alkuperäistutkimuksia löytyi EBSCO-haun kautta 12 kpl. Valitettavasti monestakaan ei ollut saatavilla kokotekstiä. Olin aikaisemmin huomannut, että PubMed-tietokannan kautta löytyy enemmän kokotekstiartikkeleita kuin EBSCO:n kautta. Niinpä kokeilin, löytyykö näitä abstraktin perusteella kiinnostavia artikkeleita PubMedistä. Haku tuottikin tulosta: 5 artikkelia löytyi kokotekstinä PubMedin kautta, vaikka EBSCO oli antanut tulokseksi vain abstraktin. 8 artikkelia oli kuitenkin sellaisia, joita ei löytynyt kokotekstinä kummastakaan tietokannasta. Niiden etsimistä jatketaan Oulun yliopiston tietokantoja apuna käyttäen.

4.4.2 PubMed-tietokanta

Toinen haku suoritettiin PubMed-tietokannasta 1.10.2015. PubMed sisältää tutkimuksia lääketieteen ja terveystieteiden alalta. Haku suoritettiin niin ikään Advanced Search -haulla. Hakusanana käytettiin:

("infertility treatment*" or "assisted reproduction techn*") AND (discontinu* or end or dropout*) AND (psycholog* or support*)

Hakutuloksena saatiin 154 artikkelia julkaisuaikavälillä 1/2000–12/2015. Kun tarkastelu rajattiin ihmisiin (Humans), määrä putosi 114 artikkeliin. Kun hakutulosta koetettiin rajata vielä ilmaisiin kokoteksteihin (Free full text), laski artikkelimäärä 41:een. Tämä rajausta päätettiin jättää pois, ettei relevantteja artikkeleita jää ulkopuolelle. Taulukko 2 esittelee PubMed-tietokantahaun hyväksytyt ja hylätyt artikkelit sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti.

TAULUKKO 2. Hakutulos PubMed-tietokannasta.

Hakutulos yhteensä (PubMed)	114 artikkelia
Otsikon perusteella hylätyt	81 artikkelia
Abstractin perusteella hylätyt	15 artikkelia
Kokotekstin perusteella hylätyt	2 artikkelia
Laadunarvioinnin perusteella hylätyt	0 artikkelia
Sama tutkimus julkaistu kahdessa eri julkaisussa	0 artikkelia
Ei kokotekstiä saatavilla → menee jatkoetsintään	7 artikkelia
Aikaisemmin EBSCO-haussa hyväksytyt	2 artikkelia
Hyväksytyt (uudet) kokotekstiartikkelit	7 artikkelia

Otsikon perusteella oli varsin helppo tunnistaa hyvin lääketieteelliset artikkelit. Niistä monet olivat tulleet vastaan jo EBSCO-haussa. Otsikon perusteella hylättiin 81 artikkelia. Abstraktiin tutustumisen jälkeen hylättiin 15 artikkelia ja kokotekstin perusteella 2 artikkelia, jotka eivät käsitelleet lapsettomuushoitojen lopettamisen syitä. Jatkoetsintään menee 7 abstraktin perusteella kiinnostavaa artikkelia. PubMed-haussa löytyi kaikkiaan 9 tämän tutkimuksen kannalta relevanttia kokotekstiartikkelia, mutta niistä 2 oli hyväksytty jatkoons jo EBSCO-haussa. Lopulta tulokseksi jäi 7 uutta kokotekstiartikkelia.

4.4.3 Nelli-portaali

Jatkoetsintään meni siis EBSCO-haun perusteella kahdeksan ja PubMed-haun perusteella seitsemän sellaista artikkelia, jotka herättivät kiinnostuksen abstraktiensa perusteella, mutta joiden kokoteksteihin ei ollut OAMK:n kirjaston kautta pääsyä. Viisi näistä artikkeleista oli

sellaisia, jotka menivät jatkoetsintään sekä EBSCO- että PubMed-tietokantohakujen perusteella. Kun nämä päällekkäiset artikkelit jätetään pois, jatkoetsintään meni kaikkiaan kymmenen artikkelia.

Artikkelien jatkoetsintä suoritettiin 2.10.2015 Oulun yliopiston kirjastossa. Siellä on käytettävissä tietokoneita, joilla pääsee tekemään tietokantahakuja ilman sisäänkirjautumista. Nelli-tiedonhakuportaalien kautta on käytettävissä noin 16 000 elektronista lehteä eri tieteenaloilta. Koska lehdet, joissa haettavat artikkelit on julkaistu, olivat tiedossa, siirryttiin suoraan Nellin Elektroniset lehdet -hakuun. Hakutulos oli varsin ilahduttava: kuusi kymmenestä haettavasta artikkelista löytyi kokotekstinä Oulun yliopiston Nelli-portaalien kautta. Neljä löytymättä jäänyttä artikkelia oli julkaistu sellaisissa lehdissä, joita ei löytynyt Nellin elektronisista lehdistä. Näitä artikkeleita yritettiin etsiä vielä artikkelin nimellä yliopiston EBSCO:sta, mutta tuloksetta.

4.4.4 Sattumalöydökset

Tutkimusprosessin aikana eteen tuli lähteitä, jotka vaikuttivat tämän tutkimuksen kannalta kiinnostavilta, mutta tietokantahaut eivät antaneet niitä tuloksiksi. Sähköiset kokotekstit onnistuttiin kuitenkin löytämään joko OAMK:n tai Oulun yliopiston tietokannoista. Kutsun näitä artikkeleita sattumalöydöksiksi. Pääsin kyseisten artikkelien jäljille siten, että niitä oli käytetty lähteinä suomenkielissä teoksissa. Myös Nelli-portaalista hakua tehdessäni törmäsin Fertility and Sterility -lehden numeroon vuodelta 2004, joka käsitteli usean artikkelin verran hoitojen lopettamista. Sattumalöydökset käytiin läpi samojen sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Lopulliseen tarkasteluun hyväksyttiin 8 kokotekstiartikkelia. Sattumalöydökset osoittautuivat siis varsin merkittäväksi tiedonlähteeksi.

4.5 Yhteenveto löydettyistä alkuperäistutkimuksista

Alla olevasta taulukosta käy ilmi, kuinka tutkimukseen mukaan otetut alkuperäistutkimukset jakautuivat tietokantojen kesken. Lisäksi taulukosta selviää, kuinka moni jatkoetsintään menneistä artikkeleista löytyi kokotekstinä Nellin kautta ja kuinka moni lopulta kelpuutet-

tiin mukaan tutkimukseen. Nelliin kautta löydetty, mutta kokotekstin perusteella hylätyt artikkelit eivät käsitelleet lapsettomuushoitojen lopettamisen syitä tai niitä sivuttiin vain lyhyesti muiden tutkijoiden tekemiin tutkimuksiin viittaamalla.

TAULUKKO 3. Alkuperäistutkimusten jakaantuminen tietokannoittain.

EBSCO:sta hyväksytyt kokotekstit jatkoetsintään Nelliin meni 8 artikkelia niistä löytyi kokotekstinä 4 kpl kokotekstin perusteella hyväksyttiin	4 artikkelia 2 artikkelia
PubMedistä hyväksytyt kokotekstit jatkoetsintään Nelliin meni 7 artikkelia niistä löytyi kokotekstinä 2 kpl kokotekstin perusteella hyväksyttiin	7 artikkelia 0 artikkelia
Sattumalöydökset	8 artikkelia
Hyväksyttyjä alkuperäistutkimuksia yhteensä	21 artikkelia

Huomattavaa on, että yhtäkään alkuperäistutkimusta ei hylätty laadunarvioinnin perusteella. Tutkimuksia läpikäydessä laadunarviointia kyllä tehtiin: tarkasteltiin tutkimusasetelmia ja -metodeja, arvioitiin kvantitatiivisten tutkimusten otantamenetelmiä, katoa ym. sekä kiinnitettiin huomiota julkaisun laatuun ja luotettavuuteen. Kaikki valitut artikkelit oli julkaistu akateemisissa, laadukkailta vaikuttavissa julkaisuissa. Tutkijat olivat myös poikkeuksetta arvioineet tutkimustensa luotettavuutta ja tunnistanee tutkimustensa rajoitteita. Tällainen puutteiden havaitseminen ja rehellinen kirjaaminen kuuluvat laadukkaaseen tutkimuksen tunnusmerkkeihin. Koska jokaisella alkuperäistutkimuksella on omat rajoitteensa ja erilaiset tarkastelunäkökulmansa, heikentää se omalta osaltaan myös tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta.

Kaikki hyväksytyt 21 alkuperäistutkimusta luettiin läpi. Keskeisiä kohtia korostettiin alleviivauskynällä ja tekemällä merkintöjä marginaaliin. Englanninkielisen tekstin läpikäyminen ei tuottanut hankaluuksia eikä sanakirjaa juuri tarvittu. Sitten tutkimukset käytiin toiseen kertaan läpi. Alleviivatuista kohdista valittiin keskeiset kohdat ja tutkimustulokset,

jotka tiivistettiin lukuun 5. Sanakirjaa apuna käyttämällä voitiin varmistua siitä, että asiat tuli ymmärrettyä oikein ja että suomennoksista saatiin sujuvia.

Ohessa on yhteenvedotaulukko artikkeleista ja niiden keskeisimmistä tutkimustuloksista. Luvussa 5 käsitellään alkuperäistutkimuksista nousseita keskeisimpiä tutkimustuloksia, jotka liittyvät lapsettomuushoitojen lopettamiseen vaikuttaviin tekijöihin ja parien tuen tarpeeseen. Järjestys, jossa lopettamiseen vaikuttavat tekijät esitetään, ei ole tärkeysjärjestys.

TAULUKKO 4. Yhteenvedo löydetyistä alkuperäistutkimuksista ja niiden keskeisimmistä tutkimustuloksista.

Tutkimuksen tekijä(t) ja julkaisuvuosi	Artikkelin otsikko	Keskeisimmät tutkimustulokset
Bevilacqua, Barad, Youchah & Witt (2000)	Is affect associated with infertility treatment outcome?	Rahapula / vakuutusturvan puuttuminen sekä huono ennuste yleisimmät syyt olla jatkamatta lapsettomuushoitoja
Brandes, van der Steen, Bokdam, Hamilton, de Bruin, Nelen & Kremer (2009)	When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population	Hoitojen lopettamisen syyt vaihtelevat hoitoprosessin vaiheen mukaan
Dawson, Diedrich & Felberbaum (2005)	Why do couples refuse or discontinue ART?	Taloudelliset tekijät merkittävvin syy kieltäytyä hoidoista
Domar (2004)	Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients	Mielenterveysammattilaisille aktiivinen rooli lapsettomuushoitoprosessissa
Gameiro, Boivin, Peronace & Verhaak (2012)	Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus; hoitojen lykkääminen, fyysinen ja psykologinen taakka, henkilökohtaiset tai suhteen ongelmat merkittävimmät syyt lopettaa hoidot
Huppelschoten, van Dongen, Philipse, Hamilton, Verhaak, Nelen & Kremer (2013)	Predicting dropout in fertility care: a longitudinal study on patient-centredness	Hoitoyksikön potilaskeskeys ei vaikuta merkittävästi päätökseen lopettaa hoidot
Khalili, Kahraman, Ugur, Agha-Rahimi & Tabibnejad (2012)	Follow up of infertile patients after failed ART cycles: a preliminary report from Iran and Turkey	Taloudelliset ongelmat, toivottomuus ja raskauden alkamisen tärkeimmät syyt lopettaa hoidot
Klock (2015)	When treatment appears futile: the role of the mental health	Mielenterveysammattilaisten tuki tärkeää tuloksettomien

	professional and end-of-treatment counseling	hoitojen lopettamisvaiheessa
Malcolm & Cumming (2004)	Follow-up of infertile couples who dropped out of a specialist fertility clinic	Pois muuttaminen tärkein syy jättäytyä pois lapsettomuustutkimuksista ja -hoidosta
McDowell & Murray (2011)	Barriers to continuing in vitro fertilisation – Why do patients exit fertility treatment?	Raskauden alkamattomuus, kustannukset ja stressi tärkeimmät hoitojen lopettamisen syyt
Mosalanejad, Parandavar & Abdollahifard (2014)	Barriers to Infertility Treatment: An Integrated Study	Epäonnistumisen todennäköisyys, mahdollinen korkea riskin raskaus ja hoitomuotojen kivuliaisuus suurimmat esteet hoitoihin hakeutumiselle
Olivius, Friden, Borg & Bergh (2004)	Psychological aspects of discontinuation of in vitro fertilization treatment	Huomattava määrä potilaita lopettaa IVF-hoidot psykologisten syiden vuoksi
Olivius, Friden, Borg & Bergh (2004)	Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study	Psykologinen taakka, huono ennuste ja spontaani raskaus merkittävimmät syyt lopettaa hoidot
Peddie, van Teijlingen & Bhat-tacharya (2005)	A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment	Laadullinen tutkimus hoitojen lopettamisen päätöksentekoprosessista
Penzias (2004)	When and why does the dream die? Or does it?	Parien hoidoissa pysymisen edistämiseksi tulisi kehittää interventioita
Rajkhowa, McConnell & Thomas (2006)	Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study	Psykologinen stressi, taloudelliset tekijät ja hoitojen onnistumattomuus merkittävimmät syyt lopettaa tuloksettomat hoidot
Sharma, Allgar & Rajkhowa (2002)	Factors influencing the cumulative conception rate and discontinuation of in vitro fertilization treatment for infertility	Naisen iällä, kerättyjen munasolujen määrällä ja alkioiden määrällä on vaikutusta hoitojen lopettamiseen
Smeenk, Verhaak, Stolwijk, Kremer & Braat (2004)	Reasons for dropout in an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection program	Psykologisilla tekijöillä on vaikutusta hoitojen lopettamiseen
van Dongen, Verhagen, Dumoulin, Land & Evers (2010)	Reasons for dropping out from a waiting list for in vitro fertilization	Raskauden alkaminen tärkein syy jättäytyä pois hoitojen jonotuslistalta
Verberg, Eijkemans, Heijnen, Broekmans, de Klerk, Fauser & Macklon (2008)	Why do couples drop-out from IVF treatment? A prospective cohort study	Fyysinen tai psykologinen rasittavuus yleisin syy hoitojen lopettamiselle
Walschaerts, Bujan, Parinaud, Mieusset & Thonneau (2013)	Treatment discontinuation in couples consulting for male infertility after failing to conceive	Hoitojen kivuliaisuus, niiden tehottomuus ja parin ero tärkeimmät hoitojen lopettamisen syyt

5 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

5.1 Lapsettomuushoitojen lopettamiseen vaikuttavat tekijät

5.1.1 Taloudellinen tilanne ja hoitojen onnistumisennuste

Taloudellisista syistä hoitoon hakeutumattomien tai hoidot keskeyttävien määrään vaikuttaa se, miten valtio osallistuu hoitojen kustannuksiin. Suomessa suorakorvauksena sairausvakuutuksesta korvataan IVF/ICSI/IVM-hoidot kolmeen hoitokertaan saakka sisältäen hoitoihin liittyvät tutkimukset, lääkehoidot ja pakastealkion siirrot sekä puolison tutkimukset (Kela 2014). (IVM=koeputkihedelmöitys ilman hormonistimulaatiota.) Samankaltainen korvausmenettely on käytössä mm. Alankomaissa (Huppelschoten, van Dongen, Philipse, Hamilton, Verhaak, Nelen & Kremer 2013, 2178; Smeenk, Verhaak, Stolwijk, Kremer & Braat 2004, 263) ja Ruotsissa (Olivius, Friden, Borg & Bergh 2004b, 258). Hedelmöityshoidoista johtuvien monikkoraskauksien määrä ja monikkoraskauksiin liittyvät raskausriskit ovat laskeneet huomattavasti, kun useissa maissa on pitkälti siirrytty yhden alkion siirtoihin. Suomi on ollut edelläkävijä yhden alkion siirtoon liittyvässä tutkimustyössä (Vilksa & Martikainen 2002, 524). Kuitenkin maissa, joissa valtio ei osallistu hedelmöityshoitojen korvaamiseen, pariskunnat voivat joutua rajoittamaan hoitokertojen määriä ja onnistumisen toivossa alkioita voidaan siirtää useampia (Dawson, Diedrich & Felberbaum 2005, 7-8).

Sharman, Allgarin & Rajkhowan (2002) tutkimustulosten perusteella sekä IVF-hoitojen ennuste että tehdyt taloudelliset uhraukset vaikuttavat potilaiden päätökseen jatkaa hoitoja. 39 % nuorempaan (≤ 35 vuotta) ikäryhmään kuuluvista naisista jatkoi hoitoja toiseen hoitokertaan verrattuna vanhempiin (> 35 vuotta) naisiin, joista vain 27 % jatkoi. 23 % pareista jatkoi hoitoja ensimmäisen hoitoyrityksen jälkeen, mikäli munasoluja oli saatu kerättyä korkeintaan viisi, kun taas yli viisi munasolua saaneista 40 % jatkoi toiseen yritykseen. Jos siirtokelpoisia alkioita oli ensimmäisellä hoitoyrityksellä yli kaksi, 70 % pareista kävi läpi toisen hoitoyrityksen. Vastaavasti lopettavista pareista 48 %:lla oli ensimmäisessä yrityksessä korkeintaan kaksi alkioita saatavilla. Naisen ikä, kerättyjen munasolujen ja siirtokel-

poisten alkiodien määrä vaikuttavat kaikki hoitojen ennusteeseen. Potilaat, jotka olivat itse maksaneet ensimmäisen hoitokerran, jatkoivat todennäköisemmin toiseen kertaan verrattuna heihin, joiden ensimmäisen hoitokerran oli rahoittanut valtio.

Taloudellisten tekijöiden ja hoitojen ennusteen vaikutuksista jatkamispäätökseen keskustelvat myös Bevilacqua, Barad, Yousah & Witt (2000). Heidän tutkimuksessaan kaksi yleisintä syytä olla jatkamatta lapsettomuushoitoja olivat rahapula / asianmukaisen vakuutusturvan puuttuminen ja huono ennuste. Muita mainittuja syitä olivat muun muassa tyytymättömyys hoitopaikkaan ja pitkä välimatka. Voidaan kuitenkin pohtia, onko hedelmöityshoitosten huono ennuste lääkärin toteama vai pariskunnan itse diagnosoima (Penzias 2004, 275). Malcolm & Cumming (2004, 270) havaitsivat, että lähes yhdellä kolmanneksella parista, jotka ilmoittivat huono ennusteen hoitoihin ryhtymättömyyden syyksi, oli itse asiassa lääketieteellisesti suotuisa ennuste. Malcomin & Cummingin mukaan tilanteessa korostuukin ammattilaisten tuki: jos toivoa on, sitä tulee antaa parille. Jos pari kokee hoitonsuotuisuutensa suotuisaksi, he sitoutuvat tutkimuksiin ja hoitoon. Parit tarvitsevat paikkansapitävää tietoa ennusteestaan paitsi ennen hoitojen aloittamista, myös kunkin hoitokerran päätyttyä (Sharma ym. 2002, 41).

5.1.2 Stressi

Lapsettomuushoidoista johtuvaa fyysistä ja psykologista stressiä ei tulisi koskaan aliarvioida. Sosiaalisesta ympäristöstä, kuten sukulaisilta, tuleva paine lisää psykologista stressiä. Stressiä voi aiheuttaa myös työn ja aikaa vievien hoitojen yhdistäminen. Ennen hoitojen aloittamista lääkärin ja pariskunnan tulisi keskustella kunnolla hoidon mahdollisuuksista ja riskeistä sekä odotettavissa olevasta stressistä. Samoin parin tulisi olla selvillä henkilökohtaisesta raskausennusteestaan, hoidon kustannuksista ja eettisistä näkökulmista. Laadukkaan informaation ja rehellisen keskustelun pohjalta pari voi tehdä tasapainoisia päätöksiä. (Dawson ym. 2005, 9.)

Oliviusin ym. (2004b) ruotsalaistutkimuksessa oli mukana 450 koeputkihedelmöityksellä hoidettua paria, jotka eivät saavuttaneet raskautta. Heistä 54 % lopetti hoidot ennen kuin

olivat käyneet läpi kaikki maksuttomat hoitokerrat (useimmiten kolme hoitokertaa). Keskeyttämisen syyt jakaantuivat seuraavasti: psykologinen taakka (26 % lopettajista), huono ennuste (25 %), spontaani raskaus (19 %), ero (15 %), fyysinen taakka (6 %), vakava sairaus (2 %) ja muut syyt (7 %). Psykologiseen taakkaan sisältyi sellaisia stressitekijöitä kuin suuri määrä aikaisempia tuloksettomia lapsettomuushoitoja, jatkuvasti vaihtuvat lääkärit, hoitojen onnistumiseen liittyvä paine, myöhäinen keskenmeno tai geneettiseen raskaudenkeskeytykseen päättynyt raskaus aikaisemmassa IVF-hoidossa. Fyysisen taakan taustalla taas oli muun muassa sairastettuja gynekologisia infektioita, hyperstimulaatio-oireyhtymiä ja pistoksiin liittyvää kipua. Kyseinen tutkimus tukee Domarin (2004, 271) havaintoa: lapsettomuushoidot kesken jättävien määrä on huomattava, vaikka hoidoista ei koituisikaan pariskunnalle taloudellista taakkaa. Tällöin psykologiset tekijät nousevat entistä suurempaan roolin hoitojen lopettamisen syynä.

McDowell & Murray (2011) selvittivät uusiseelantilaisen IVF-klinikan asiakkaiden ennen aikaista hoitojen lopettamista. Lopettajat arvioivat valmiiksi annettuja lopettamisen syitä viisiportaisella Likertin asteikolla (täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä). Yli puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että raskauden alkamattomuus ja kustannukset olivat heille syitä lopettaa IVF-hoidot. Yli puolet oli myös samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että stressi oli tärkeä syy. Ammattilaisen neuvo lopettaa hoidot, tyytymättömyys IVF-palvelun tarjoajaan ja henkilökohtaiset syyt taas eivät olleet merkittäviä tekijöitä lopettamisen taustalla.

Smeenik ym. (2004) jakavat lapsettomuushoitojen lopettajat heihin, joiden hoidot lopetetaan lääkärin suosituksesta ja heihin, jotka lopettavat ne vapaaehtoisesti. Tutkimuksessaan alan komaalaisella hedelmöityshoitoklinikalla he tutkivat IVF- ja ICSI-hoitojen lopettajia ja mittasivat heidän psykologista tilaansa (ahdistus, masennus ja parisuhteen tila) ennen hoidon alkua ja hoidon loputtua. Ensimmäisen hoitokerran jälkeen hoidot vapaaehtoisesti jättäneillä lopettamissyinä olivat psykologiset syyt (29 %), spontaani raskaus (26 %), komplikaatioiden pelko (26 %), hoitojen lykkääminen / tuntematon syy (17 %) ja muu lääketieteellinen lapsettomuuden hoito (3 %). Toisen hoitokerran jälkeen vapaaehtoisesti luopuneiden tärkeimmäksi syyksi nousi hoitojen lykkääminen / tuntematon syy (34 %). Sitä seurasi-

vat psykologiset syyt (22 %), muu lääketieteellinen lapsettomuuden hoito (19 %), spontaani raskaus (13 %) ja komplikaatioiden pelko (13 %). Hoitoja edeltävät masennustasot korreloivat selvimmin vapaaehtoisesti hoidoista luopuneiden ryhmässä. Masentuneimmassa ryhmässä valtaosa luopui hoidoista psykologisista syistä. Lääkärin määräyksestä hoitonsa lopettaneiden ryhmässä masennuksen ja ahdistuksen tasot kasvoivat huomattavasti hoitojen lopettamisen myötä. Tutkijoiden mukaan tämä ryhmä voisikin tehokkaimmin hyötyä psykologisesta tuesta. Vapaaehtoisesti hoidosta luopuneiden ryhmässä taas parempi tiedonsaanti voisi auttaa pareja muodostamaan realistisia odotuksia ja parantamaan kykyä selviytyä hoidoissa.

Rajkhowan, Mcconnellin & Thomasin (2006) Skotlannissa suoritettuun kyselyyn vastasi 732 paria. Heistä 513 paria (70 %) oli lopettanut hoidot: 266 paria sen takia, että oli saanut elävän lapsen ja 247 paria tuloksettomien hoitojen jälkeen. Tuloksettomina hoidot lopettaneista 36 % kertoi syyksi psykologisen stressin, 23 % henkilökohtaisen tai valtion tarjoaman rahoituksen puutteen ja 23 % hoitojen onnistumattomuuden. (Enemmistö pareista kertoi useamman kuin yhden syyn lopettamiselle.) Havaittiin, että psykologinen stressi ja hoitojen onnistumattomuus kulkivat syinä kiinteästi käsi kädessä. Yhdessä ne muodostivatkin yleisimmin mainitun syyparin hoitojen lopettamiselle. Muita syitä olivat muun muassa henkilökohtaiset olosuhteet, yleinen epämurkavuus ja henkilökunnan suositus lopettaa hoidot.

5.1.3 Hoitoyksikköön ja hoitostrategiaan liittyvät tekijät

Huppelschoten ym. (2013) selvittivät, kuinka potilaiden kokemukset klinikan potilaskeskeisyydestä vaikuttavat hoitojen lopettamisiin. Tutkimukseen osallistui potilaita 32 alan-komaalaiselta hedelmäityshoitoklinikalta. Klinikoiden potilaskeskeisyyttä selvitettiin klinikan gynekologeille suunnatulla kyselyllä. Jokaiselta 32:lta klinikalta kutsuttiin kyselyyn 25-75 potilasta ja selvitettiin heidän kokemuksiaan klinikalla annetun hoidon potilaskeskeisyydestä. Vuoden kuluttua potilailta tiedusteltiin heidän nykyistä hoitotilannettaan. Niistä potilaista, jotka olivat tänä aikana lopettaneet hoidot ennenaikaisesti (76 naista), 40,8 % ilmoitti tärkeimmäksi lopettamisen syyksi emotionaaliset ongelmat ja 13,2 % parisuhteen

ongelmat. Lopettajien kokemukset klinikan potilaskeskeisyydestä eivät poikenneet huomattavasti niiden potilaiden näkemyksistä, jotka olivat vielä hoidoissa mukana. Potilaiden kokemukset klinikan potilaskeskeisyydestä eivät siis näyttäneet liittyvän hoitojen lopettamiseen. Kuitenkaan, kuten tutkijatkin huomauttavat, ei voida väittää, ettei hoitopaikkaan liittyvillä tekijöillä koskaan olisi vaikutusta lopettamispäätöksiin.

Verberg, Eijkemans, Heijnen, Broekmans, de Klerk, Fauser & Macklon (2008) tutkivat, miten valittu hoitostrategia vaikuttaa parien IVF-hoidon lopettamispäätökseen. Lempeällä hoitostrategialla viitataan tavanomaista hellävaraisempaan munasarjojen stimulointiin yhdistettynä yhden alkion siirtoon. Asiakkaalle maksuttomia hoitokertoja on lempeässä strategiassa korkeintaan neljä. Tavanomaisessa hoitostrategiassa sen sijaan munasarjoja stimuloidaan vahvemmallalla lääkityksellä ja alkioita saatetaan siirtää kaksikin. Korvattavia hoitokertoja on tavanomaisessa hoitostrategiassa korkeintaan kolme. Tutkimuksen kohteena olleesta 384:stä pariskunnasta 17 % keskeytti IVF-hoidot. (Hoidoista luopujiksi ei katsottu niitä, jotka jättivät maksimimäärän korvattuja hoitokertoja käyttämättä raskauden alkamisen vuoksi.) Hoidon fyysinen tai psykologinen rasittavuus oli yleisin syy lopettamiseen (28 % vastaajista). 25 % vastaajista ei nimennyt syytä lapsettomuushoitojen lopettamiselle. Vähemmän mainittuja syitä olivat mm. suhteen ongelmat / ero, eettinen vastustus mikrohedelmöitystä kohtaan, adoptointi ja huonolaatuiset alkiot. Lopettamisen syyt jakautuivat suurin piirtein samalla tavalla riippumatta siitä, kumman hoitostrategian mukaan pareja oli hoidettu. Lempeän hoitostrategian käyttö vähensi kuitenkin huomattavasti lopettamisen todennäköisyyttä yhtä hoitokierrosta kohti, vaikkakin kumulatiivinen lopettajien määrä oli samaa luokkaa molemmissa ryhmissä. Lempeään hoitostrategiaan näyttää liittyvän alhaisempi ahdistuksen ja stressin taso, sillä hoito on potilasystävällisempää ja komplikaatioiden riski pienempi. Myös se, että potilaat tiesivät lempeään hoitostrategiaan sisältyvän yhden hoitokerran enemmän verrattuna tavanomaiseen hoitomuotoon, saattoi laskea lopettajien määrää kyseisessä ryhmässä.

5.1.4 Kulttuurin vaikutus

Khalilin, Kahramanin, Ugurin, Agha-Rahimin & Tabibnejadin (2012) tutkimuksessa näkyy mielenkiintoisella tavalla islamilaisen yhteiskunnan erot länsimaiseen. Tutkimuksessaan he seurasivat 198 iranilaista ja 355 turkkilaista hedelmätöntä paria epäonnistuneen hedelmöityshoidon jälkeen. Hoidot keskeyttäneiden osuus oli Iranissa 28,3 % ja Turkissa 23,4 %. Lopettamisen syinä olivat taloudelliset ongelmat (33,9 % iranilaisista vs. 41 % turkkilaisista lopettajista), toivottomuus (10,7 % vs. 22,9 %), pelko lääkkeiden sivuvaikutuksista (7,1 % vs. 12 %), raskauden alkaminen (37,5 % vs. 19,6 %), adoptointi (5,4 % vs. 2,4 %), puolison yhteistyön puute (5,4 % vs. 2,4 %) ja avioero (0 % vs. 2,4 %). Taloudelliset syyt edustavat suurta osuutta, sillä kyseisissä maissa vakuutusturva ei kata hedelmöityshoitoja. Toivottomuuden (johon viitattiin myös ilmauksella ”psykologinen stressi”) taustalla tutkijat arvelevat olevan huonon ennusteen sekä mahdollisesti taloudellisen taakan aiheuttaman stressin. Turkissa, jossa toivottomuus edusti Irania suurempaa osuutta lopettamisen syynä, hedelmöityshoitojen kustannukset ovat suuremmat ja mahdollisuudet vaihtoehtoihin hoitomuotoihin, kuten sulusolujen tai alkuiden luovutuksiin, ovat vähäisemmät. Vaikka laki ja yleinen mielipide sallivat luovutukset Iranissa, lapsettomat eivät niitä juuri suosi, sillä omien sulusolujen käyttö koetaan tärkeäksi. Adoptointihalukkuus on niin ikään alhainen molemmissa maissa. Tutkijat arvelevat tämän johtuvan paitsi pitkistä odotusajoista, myös pelosta sukulaisten reaktioita kohtaan. Perhekeskeisissä kulttuureissa, joita Iran ja Turkki edustavat, lapsettomuutta pidetään suurena ongelmana. Se vaikuttaa helposti puolisojen suhteisiin, sillä paine lapsen saantiin on kova niin sukulaisten kuin yhteiskunnankin suunnalta.

Myös Mosalanejadin, Parandavarin & Abdollahifardin (2014) Iranissa suoritetussa tutkimuksessa näkyy kulttuurin vaikutus lapsettomuuden kokemukseen. Tutkimuksessa kartoitettiin lapsettomuushoitoihin hakeutumisen esteitä. Tutkimus on yhdistelmä kvantitatiivista ja laadullista tutkimusta. Eräs haastateltu, lapsettomuudesta kärsivä nainen kertoi puolison pahoinpitelevän häntä kuukautisten aikaan. Toinen uskoi olevansa huono miniä, koska ei voi saada lapsia. Hedelmättömyyttä pidetään ennen kaikkea naisen ongelmana. Vallalla on myös taikauskaisia käsityksiä, kuten luonnonlääkkeiden käyttöä. Nykyaikaisiin hoitomuoi-

toihin voi liittyä epäluuloja. Eräs haastateltu nainen, jonka lapsettomuus oli miehestä johtuvaa, kertoi miehen kieltäytyneen testeihin menosta, sillä mies uskoo lapsen kyllä tulevan, jos Luoja niin suo. Lähipiirin painostus, epäasiallinen käytös ja sarkastiset puheet haavoittavat kulttuurissa, jossa suvun jatkamisen katsotaan itsestään selvästi kuuluvan perhe-elämään. Lapsettomuuden myötä ihminen menettää sosiaalisen paikkansa. Tämä voi johtaa monenlaisiin mielenterveyden ja tunne-elämän ongelmiin, hylkäämisen pelkoon, avioeroon jne. Jos liitto hajoaa lapsettomuuden vuoksi, ovat hedelmättömän iranilaisnaisen mahdollisuudet päästä uudestaan naimisiin heikot. Toisaalta myöskään ”sinkkuelämää” ei katsota hyvällä.

5.1.5 Muut syyt

Ranskalaistutkijat Walschaerts, Bujan, Parinaud, Mieusset & Thonneau (2013) tutkivat lapsettomuushoitojen lopettamisen syitä pareilla, jotka kärsivät miehestä johtuvasta (male factor) hedelmättömyydestä. Tutkimus kattaa paitsi tässä tutkimuksessa tarkoitettua hedelmöityshoitotyyppiä (IUI, IVF ja ICSI), myös sellaiset hedelmättömyyden hoitotavat kuin leikkaus-, farmakologiset ja hormonaaliset hoidot. Tärkeimmät lopettamisen syyt olivat hoitojen kivuliaisuus (sekä fyysisesti että emotionaalisesti) (23 % vastaajista), hoitojen tehottomuus (19 %), pariskunnan ero (13 %) ja päätös adoptoida (12 %). Vastaajat saivat halutessaan valita useita syitä. Tutkimuksessa havaittiin, että lopettamispäätös oli enimmäkseen parin yhteinen päätös.

Malcolm & Cumming (2004) tutkivat 550 paria, jotka tulivat ensikäynnille klinikalle, joka tarjoaa lapsettomuuden perustutkimuksia ja -hoitoja, mutta ei IVF-hoidon kaltaisia hedelmöityshoitoja. (Tutkimuksesta ei selviä, millaisia klinikan tarjoamat lapsettomuushoidot olivat.) 329 paria (60 %) jättäytyi pois hoidosta ennen raskaaksi tuloa tai lähetettä hedelmöityshoitoon. Tärkeimmät syyt olivat pois muuttaminen, raskaaksi tuleminen ja luovuttaminen. Luovuttamiseen sisältyviä tarkempia syitä olivat ”huono ennuste”, ”kiinnostuksen puute” sekä ”ei ollut tarkoitettu niin”. Adoptio, henkilökohtaiset, rahalliset ja klinikkaan liittyvät syyt, puolisoon liittyvät syyt (kuten ero) ja muutokset tärkeysjärjestyksessä olivat myös osalle syitä olla jatkamatta hoitoja. Yllättävää kyllä, emotionaalinen stressi oli vain

1,2 %:lle vastaajista merkittävin syy olla palaamatta klinikalle. Toisaalta, kuten myös Domar (2004, 272) huomauttaa viitatessaan Malcolmin & Cummingin tutkimukseen, sellaisten syiden kuin ”ei ollut tarkoitettu niin”, muutokset tärkeysjärjestyksessä ja henkilökohtaiset syyt taustalla voi mahdollisesti olla myös emotionaalista stressiä.

5.1.6 Hoitojen vaiheen vaikutus lopettamispäätökseen

Brandes ym. (2009) ottavat huomioon sen, missä vaiheessa hoitoprosessia hoidot keskeytetään. Tutkimuksessaan he havaitsivat, että lapsettomuushoitojen lopettamisen syyt vaihtelivat sen mukaan, missä hoitojen vaiheessa lopettamispäätös tehtiin. Tutkijoiden määrittelemät kuusi vaihetta on esitelty sivulla 10. Ennen kuin hedelmöityshoitoja oli edes aloitettu, parit pääasiassa vetäytyivät, koska yksinkertaisesti torjuivat hoidot tai suhteessa oli ongelmia. Pareilla, jotka lopettivat kesken hedelmöityshoitojen, päällimmäiset syyt olivat emotionaalinen tuska tai lääkärin päätös lopettaa hoidot huonon ennusteen takia. Emotionaalinen tuska voi olla seurausta monesta eri syystä: hedelmättömyyteen liittyvästä stressistä, huonosta ennusteesta, naisen korkeasta iästä, hoitojen mahdollisesta tuloksettomuudesta, hoidon huonosta organisoinnista jne.

Penzias (2004, 275) pohtii esseessään hoitoja edeltävää epäonnistumisen pelkoa. Ehkä osa pareista jättää hakeutumatta hoitoihin ja jatkaa yritystä tulla spontaanisti raskaaksi, koska haluaa vaalia unelmaa geneettisestä jälkikasvusta. (”Et voi epäonnistua, jos et edes yritä.”) Entä sitten parit, jotka jättävät ilmaisia hoitokertoja käyttämättä? Ehkä raskauden alkamattomuuden tuskaa helpottaa tieto, että hoitokertoja on vielä jäljellä ja niihin on mahdollista palata myöhemmin. Tai ehkä leikin kesken jättäneet ovat vain saavuttaneet jaksamisensa rajat?

5.2 Hoitojen lopettamisprosessi

Peddien, van Teijlingenin & Bhattacharyan (2005) Iso-Britanniassa suorittama tutkimus on yksi harvoista laadullisista tutkimuksista, joka on mukana tässä kirjallisuuskatsauksessa. Tutkimus käsittelee naisen päätöksentekoa lopettaa epäonnistunut IVF-hoito sekä lopetta-

miseen vaikuttaneita olosuhteita ja naisen tyytyväisyyttä päätöksentekoprosessiin. Tutkimus sisältää syvällisempää tietoa kuin kvantitatiiviset tutkimukset. Hoitohenkilökunnalle se antaa eväitä niiden parien kohtaamiseen, jotka ovat lopettamassa tai juuri lopettaneet lapsettomuushoidot.

Peddien ym. (2005, 1944-1946) tutkimusta varten haastateltiin 25 naista, jotka olivat päättäneet lopettaa tuloksettomat IVF-hoidot. Naiset kokivat hedelmättömyyden hyväksymisen vaikeaksi. Vaikka hoitojen lopettamispäätös oli jo tehty, päätöksen hyväksyminen ei ollut aina helppoa. Ne naiset, jotka jatkoivat adoptioprosessiin tai turvautuivat lahjasukusoluihin, suhtautuivat tulevaisuuteensa positiivisemmin. Monet tunsivat lähteneensä alun perin liian toiveikkain odotuksin hedelmöityshoitoihin. Vuosikausia hoitoja läpikäytyään naiset kokivat paitsi surua lapsettomaksi jäämisestä, myös suurta helpotusta lopettamispäätöksestä. Sosiaalinen elämä oli kuihtunut stressaavan hoitokierteen aikana eikä työelämässä aina ollut pystytty antamaan parastaan. Kyvyttömyys tai haluttomuus puhua huolista läheisille oli etäännyttänyt osan naisista omista tukiverkoistaan.

Ammattilaisilta saatu informaatio koettiin usein liian yleisluontoiseksi. Parit olisivat kaivanneet lisätapaamisia keskustellakseen lopettamispäätöksestä. Jotkut naiset kokivat, että heille oli annettu turhaa toivoa ja asioita oli pimitetty. Jotkut heidän lääketieteellistä tilaansa koskevat seikat tulivat tietoon vasta viimeisellä tapaamiskerralla. Naiset arvostivat ammattilaisia, joiden antama informaatio oli selkeää ja suoraa, jotka olivat myötätuntoisia ja heille ennestään tuttuja. Monet kertoivat käyneensä viimeisen keskustelun heille ennestään tuntemattoman lääkärin kanssa. Lääkärin tavalla kommunikoida oli vaikutusta siihen, tunsivatko naiset lopettamispäätöksen oikeaksi (ts. syntyikö kokemus siitä, että kaikki voitava oli tehty). Enemmistö naisista koki, että lopullinen päätös lopettaa hoidot oli heidän itsensä, ei lääkärin, tekemä. Osan mielestä terapeutin apu olisi ollut hyödyllistä hoitojen lopettamisen aikaan, osa ei kokenut sille olevan tarvetta. Kaikki olisivat kokeneet hyödylliseksi sen, että hoitoyksikön tarjoama tuki olisi jatkunut jonkin aikaa hoitojen lopettamisen jälkeen. Vaikka puolisolta ja ystäviltä ehkä saatiin tukea, kokivat naiset hoitoyksikön antaman tuen erilaiseksi. Hoitoyksikkö henkilökuntineen oli ollut usean vuoden ajan keskeinen osa parien elämää, mutta hoitosuhteen loputtua klinikka oli ikään kuin pettänyt heidät. Eräälle

haastatellulle oli jäänyt positiivisena mieleen lääkärin kommentti: ”ovi on aina auki”. Se antoi naiselle tunteen, että hän voisi tarvittaessa milloin vain ottaa yhteyttä klinikkaan. (Peddie ym. 2005, 1946-1949.)

5.3 Pariskunnalle tarjottava tuki

Suuresta osasta alkuperäistutkimuksia nousee esiin, että lapsettomien pariskuntien tukemiseen pitäisi panostaa nykyistä paremmin. Keskeyttäminen on epäsuotuisa lopputulos lapsettomuushoidoille, sillä ennenaikaisen lopettamisen myötä pari menettää optimaalisen mahdollisuutensa saavuttaa raskaus (Verberg ym. 2008, 2050). Ennenaikaiset hedelmöityshoitojen lopettajat edustavat melko suurta osuutta kaikista IVF-potilaista, mutta heihin ei ole juurikaan kiinnitetty huomiota (Olivius, Friden, Borg & Bergh 2004a, 276). On huolestuttavaa, jos parit luopuvan unelmastaan tulla vanhemmiksi siksi, että hoidot koetaan fyysisesti ja psyykkisesti liian raskaiksi (Huppelschoten ym. 2013, 2177). Neuvonnan lisääminen sekä parien parempi tarkkailu ja tukeminen voi vähentää psykologisen kuormituksen takia hoitonsa jättävien määrää. IVF-hoito saattaa näyttäytyä loputtomien mahdollisuuksien tarjoajana. Liian toiveikkaasti hoitoihin suhtautuvilla pareilla jää omaksumatta selviytymisstrategioita, joita tarvitaan lapsettomuuden hyväksymisessä. Hoidoille onkin tärkeää asettaa selkeä lopettamispiste, jotta sopeutuminen lapsettomuuteen voi alkaa. (van Dongen, Verhagen, Dumoulin, Land & Evers 2010, 1715-1716.)

Tunnistamalla hoitojen ennenaikaisiin lopettamisiin johtavia tekijöitä voidaan kehittää lopettamisia ehkäiseviä interventioita (van Dongen ym. 2010, 1716). Nämä interventiot voisivat olla esimerkiksi yhdistelmä nykyistä kehittyneempiä hoitomenetelmiä, yksinkertaisempia protokollia, tehokkaampaa opetusta ja parempaa psykologista tukea (Penzias 2004, 275). Potilaiden auttamiseksi tulisi tunnistaa varhaisia merkkejä siitä, kun asiat alkavat mennä vikaan. Lopettamisen taustalla olevia syitä tulisi analysoida ja löytää tapoja hallita psykologisia reaktioita silloin, kun potilaat ovat vielä hoidon piirissä. (Olivius ym. 2004a, 276.) Hoitojen aikana tarjottu psykologinen tuki mitä todennäköisimmin parantaa pariskunnan kykyä vastaanottaa hoidot ja sitä kautta vähentää hoitonsa lopettaneiden määriä

(Smeenck ym. 2004, 267). Parempaa neuvontapalveluiden saatavuutta ja hoidon jatkuvuutta peräänkuuluttavat myös potilaat (McDowell & Murray 2011, 84; Olivius ym. 2004b, 261).

Lapsettomuushoitojen lopettamispäätös ei ole helppo potilaalle eikä lääkärille. Lääkäreillä on joskus tapana piiloutua klinikkakohtaisten protokollien ja hoito-ohjeiden taakse, mutta potilaiden on punnittava hoitojen etuja ja haittoja omista lähtökohdistaan. Vapaaehtoinen hoidoista luopuminen voi olla itsesuojelua ja omasta jaksamisesta huolehtimista, joten on kyseenalaista yrittää estää hoitojen kesken jättämistä. (Smeenck ym. 2004, 267.) Lapsettomuushoidot eivät ole velvoite vaan vapaavalintainen mahdollisuus. Potilaat eivät kuitenkaan aina tiedosta, että heillä on mahdollisuus myös vetäytyä hoidoista. Pariskuntien tulisi olla hyvin perillä hoitoihin liittyvistä asioista, etteivät he perustaisi päätöksiään turhiin pelkoihin ja harhakäsityksiin. (Brandes ym. 2009, 3134; Huppelschoten ym. 2013, 2180-2181; Gameiro, Boivin, Peronace & Verhaak 2012, 667.) Tiedon pitäisi olla kullekin parille yksilöityä ja selkeää (Rajkhowa ym. 2006, 362). Lisäksi pareilla tulisi olla mahdollisuus keskustella arvoistaan ja huolistaan (Gameiro ym. 2012, 667).

Klock (2015) pohtii ansiokkaasti mielenterveystyön ammattilaisten roolia tilanteissa, joissa lapsettomuushoidot osoittautuvat tuloksettomiksi. Monilla klinikoilla mielenterveyden ammattilaiset ovat jo osa hoitotiimiä. He tarjoavat neuvontaa esimerkiksi lapsettomuuteen liittyvästä masennuksesta, ahdistuksesta tai parisuhdeongelmista kärsiville. Hoitojen lopettamisvaiheeseen liittyvä neuvonta on kuitenkin jäänyt vähemmälle huomiolle. Lopettamisvaiheessa mielenterveysammattilainen voi tarjota potilaalle neutraalin ympäristön, jossa hän voi käydä läpi tunteitaan, prosessoida ajatuksiaan saadusta hoidosta, harkita lopettamispäätöstä ja miettiä tulevaa. Ammattilainen voi rauhoittaa potilasta kertomalla, että on normaalia kokea hoitoihin ja lopettamispäätökseen liittyvää stressiä. Pareille, jotka ovat väsyneet jatkamaan hoitoja, vaikka vaihtoehtoja olisi vielä jäljellä, mielenterveysammattilainen voi ikään kuin antaa luvan luopua hoidoista. Potilailla on mahdollisuus näyttää vapaasti vihaa ja turhautumista sekä surra menetettyä mahdollisuutta vanhemmuuteen. Lapsettomuuden myötä puolisoiden parisuhde on voinut muuttua ja he ovat saattaneet kokea menetyksiä ja muutoksia myös muissa tärkeissä ihmissuhteissa. Näitäkin asioita olisi tärkeä käydä ammattilaisen kanssa läpi, samoin kuin mahdollista lahjasukusolujen käyttöä, adop-

tiota tai sijaisperheeksi ryhtymistä. Vaikka terapeutti voi olla osa hedelmöityshoitoklinikan hoitotiimiä, ei hän johdata potilaan päätöksentekoa suuntaan eikä toiseen.

Myös Domar (2004, 272-273) ehdottaa mielenterveyden ammattilaisille aktiivisempaa roolia lapsettomuushoitoprosessissa. Kuten useat tutkimukset ovat osoittaneet, stressi voi kasvattaa todennäköisyyttä lopettaa lapsettomuushoidot. Joissain tutkimuksissa on myös löydetty yhteyksiä korkean stressitason ja IVF-hoitojen onnistumattomuuden välillä. Siksi voisi olla järkevää seuloa kaikkien IVF-hoitoihin tulevien ahdingon määrää ja pyrkiä vähentämään psykologista stressiä erilaisin interventioin. Domar kuitenkin huomauttaa, että psykologisten interventioiden tehokkuutta, ts. niiden vaikutusta lopettamismääriin sekä raskauksien onnistumisprosentteihin, tulisi tutkia lisää ennen kuin uusia toimintatapoja otetaan yleiseen käyttöön. Ongelmallista on se, kuinka lapsettomat parit saataisiin käytännössä hyödyntämään tällaisia palveluita. Todellisuudessa vain pieni osa pareista hyödyntää neuvontapalveluita, vaikka niitä olisi ilmaiseksi tarjolla. Jotkut lapsettomat mieltävät lähetteen mielenterveyden ammattilaiselle lähes rangaistukseksi: ikään kuin heidän suhtautumisensa lapsettomuuteen olisi lääkärin tai hoitajan silmissä ”liian tunteellista” ja vaatisi siksi lähetettä psykologisen avun äärelle. Klock (2015, 268) korostaakin, että parin epätoivon tunteita tulisi normalisoida. Empaattinen, mutta asiallinen asian esiin nostaminen viestittää parille, että psyykkisen ammattiavun tarjoaminen kuuluu rutiineihin.

Hedelmöityshoitoklinikan työntekijöiden tulisi muistaa säännöllisesti kysyä parin kuulumisia ja sitä, miten he jaksavat pariskuntana. Hoitovaihtoehtojen etuja ja haittoja tulee punnita ja antaa pariskunnalle lupa milloin vain lopettaa tai pitää taukoa hoidoista. Psykologista neuvontaa tulisi tarjota jokaiselle hoitojen lopettamisvaiheessa olevalle. Vaikka kaikki potilaat eivät ota sitä vastaan, voivat he hyötyä tiedosta, että apua on tarvittaessa saatavilla. Mielenterveysammattilaisen tapaaminen voi rajoittua yhteen tai kahteen kertaan tai vaihtoehtoisesti laajeta pitemmäksi prosessiksi riippuen potilaan tarpeista. (Klock 2015, 268.)

5.4 Johtopäätökset

Luvussa 2 käytiin läpi lapsettomuusaihetta pääasiassa suomalaisen kirjallisuuden pohjalta. Hyvin samanlaisia asioita nousi esiin kirjallisuuskatsaukseen valituista alkuperäistutkimuksista, joiden tutkimustulokset ovat peräisin eri maista. Lapsettomuuskokemus näyttää olevan samankaltainen maasta riippumatta. Luvussa 5.1.4 nostettiin esiin Lähi-idän maissa tehdyt tutkimukset. Siellä kulttuuriin kuuluu omia erityispiirteitään. Lapsettomuutta esimerkiksi pidetään suurena onnettomuutena, sillä lapset kuuluvat itsestään selvänä osana avioliittoon. Lapsettomuuden häpeä kaatuu ennen kaikkea naisen kannettavaksi. Kuitenkin tahattomasti lapsettomat käyvät monia samoja tunteita läpi myös meillä Suomessa. Tästä esimerkkinä on tietynlainen sosiaalisen paikan menettäminen lapsettomuuden myötä.

Alkuperäistutkimuksissa toistuivat keskenään melko samanlaiset lapsettomuushoitojen lopettamiseen vaikuttavat tekijät. Tärkeimpiä esille tulleita syitä olivat hoitoihin liittyvä psyykkinen stressi, taloudelliset seikat, hoitojen heikko onnistumisennuste, hoitojen tuloksettomuus, lääkärin päätös / suositus lopettaa hoidot, hoitojen fyysinen kuormittavuus ja parisuhteen ongelmat. Hoitoyksikköön liittyvillä tekijöillä näytti muutaman tutkimuksen mukaan olevan vaikutusta lopettamispäätöksiin, toisten tutkimusten mukaan taas ei juurikaan. Toki myös raskauden alkaminen (joko hoidoilla tai spontaanisti) tai päätös adoptoida lopettaa hedelmöityshoidot. Lapsettomuushoitojen vaihe vaikuttaa siihen, mitkä tekijät korostuvat lopettamisen taustalla.

Merkittävä alkuperäistutkimuksista (ks. luku 5.3) ja suomenkielisestä kirjallisuudesta (ks. luku 2.4) nouseva seikka on pariskuntien tuen tarve lapsettomuushoitojen aikana. Erityisesti lopettamisvaiheen tukeen tulisi panostaa. Pariskunnat on tärkeä pitää tietoisina hoitojen kulusta ja antaa heille realistista tietoa, jotta he pystyvät tekemään perusteltuja jatkamis- ja lopettamispäätöksiä. Tieto ei saisi olla liian yleisluontoista, vaan parille yksilöityä. Psykkisen työn ammattilaisten apua tulisi olla tarjolla.

Gameiro ym. (2012) ovat tehneet systemaattisen kirjallisuuskatsauksen samasta aiheesta kuin tämä opinnäytetyö: miksi potilaat keskeyttävät lapsettomuushoidot? Lopuksi onkin

mielenkiintoista tutustua, millaisia tuloksia he saivat. Tutkijaryhmä kävi läpi 22 tutkimusta, jotka kattoivat 21 453 potilasta kahdeksasta eri maasta. Mukana oli useita samoja tutkimuksia kuin tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Tilastollisia menetelmiä apuna käyttäen Gameiro ym. pystyivät laittamaan hoitojen lopettamissyyn tärkeysjärjestykseen. Lisäksi he antoivat toimenpide-ehdotuksia. Yleisimmät syyt hoitojen lopettamiselle oli niiden lykkääminen, psykologinen ja fyysinen taakka, henkilökohtaiset ja parisuhteen ongelmat, hoidon hylkääminen sekä organisaatioon ja klinikkaan liittyvät ongelmat. Lopettamisen syyt vaihtelivat sen mukaan, missä hoitojen vaiheessa potilaat olivat. Esimerkiksi henkilökohtaiset syyt, kuten muutto toiselle paikkakunnalle, olivat tyypillisiä hoitoprosessin alkuvaiheessa, kun taas psykologinen taakka oli keskeinen syy lopettamiselle hedelmöityshoitojen kuluessa. Potilaat, jotka jättäytyivät kokonaan hoitojen ulkopuolelle, tekivät niin moraalista tai eettistä syistä ja/tai pelätessään hoitojen negatiivisia vaikutuksia terveydelle. Hoitohenkilökunnan tulee kunnioittaa potilaan moraalista ja eettistä valintoja, mutta mahdolliset väärinkäsitykset tulee oikaista, jotta potilaat voivat päättää hoidostaan faktoihin perustuen, ilman perusteettomia pelkoja. Voidaan havaita, että Gameiron ym. tutkimustulokset ja toimenpide-ehdotukset ovat varsin yhteneväisiä tämän opinnäytetyön tulosten kanssa, vaikkakin painotuseroja löytyy.

6 POHDINTA

Tuloksettomien lapsettomuushoitojen lopettamisesta ja lopettamispäätökseen vaikuttavista tekijöistä on ollut tarjolla hyvin vähän suomenkielistä kirjallisuutta. Tämä opinnäytetyö paikkaa kyseistä tutkimusaukkoa. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla tuloksettomista lapsettomuushoidoista luopumiseen vaikuttavia syitä ja tekijöitä. Tarkoituksena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoa lapsettomuushoidot jättävien pariskuntien tukemisesta. Tutkimuskysymyksiä oli kaksi: 1) Mitkä tekijät vaikuttavat pariskunnan päätökseen lopettaa lapsettomuushoidot? ja 2) Miten hoitohenkilökunta voi tukea pariskuntaa, joka on lopettamassa lapsettomuushoitoja? Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen suorittamisen myötä tavoite ja tarkoitus tulivat täytettyä sekä molempiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaus. Hakujen tuloksena saatu alkuperäistutkimusten määrä oli yllättävän suuri. Aineistossa oli havaittavissa kylläntymistä, mikä tarkoittaa, että uusia hoitojen lopettamisen syitä ei enää tullut esille. Lisäksi samat tutkimukset alkoivat toistua artikkelien lähdeluetteloissa. Aineistoa analysoitaessa tuli tunne, että valitut artikkelit edustavat kattavasti lapsettomuushoitojen lopettamisesta tehtyjä tutkimuksia. Oulun yliopiston laaja artikkelien luku-oikeuksien hyödyntäminen oli perusteltua. Ilman sitä ja sattumalöydöksiä (joista niistäkin valtaosa saatiin käsiin yliopiston tietokannoista) alkuperäisartikkeleita olisi saatu vain 11 kpl nykyisen 21 artikkelin sijaan. Tutkimusta voidaan pitää kattavana ja systemaattista kirjallisuuskatsausta onnistuneena tutkimusmenetelmävalintana.

Tutkimuksessa käytössä olleilla tutkimusmenetelmillä lopettamisen syitä on mahdotonta laittaa tärkeysjärjestykseen. Opinnäytetyön tavoitteena olikin *kuvailla* tuloksettomista lapsettomuushoidoista luopumiseen vaikuttavia tekijöitä – ei asettaa niitä yleisyysjärjestykseen. Alkuperäistutkimusten pohjalta syntyy kuitenkin tuntuma, että psyykkinen stressi on jos ei tärkein, ainakin erittäin merkittävä tekijä lopettamispäätösten taustalla. Maissa, joissa hedelmöityshoidot ovat tiettyyn pisteeseen saakka kokonaan tai lähes ilmaisia, eliminoiden yhden lopettamisen syyn: taloudellisen taakan. Kun huolta taloudellisista tekijöistä ei tarvitse kantaa, voi se heijastua positiivisesti parin kokemaan psykologiseen tai emotionaaliseen taakkaan. Toisaalta paineet onnistumiselle todennäköisesti kasvavat, kun viimeiset

ilmaiset hoitokerrat lähestyvät. Sairasvakuutuksen korvaamiin hoitoihin on yleisesti pidemmät jonot kuin yksityiselle puolelle. Kestääkö hedelmättömyydestä kärsivä pari muutamana kuukauden odotuksen? Tähän vaikuttanee rahatilanteen ohella muun muassa se, kuinka kauan lapsettomuudesta on kärsitty, läheneekö nainen jo hedelmällisen ikänsä loppua tai onko tiedossa muita hedelmällisyyttä olennaisesti heikentäviä tekijöitä, joiden vuoksi hoitoihin olisi syytä päästä nopeasti.

Mosalanejadin ym. (2014, 188) iranilaisartikkelissa ehdotetaan psykologisen neuvonnan ulottamista lapsettomien pariskuntien ohella myös heidän vanhempiinsa. Näin voitaisiin lisätä myös lähipiirin tietoisuutta lapsettomuudesta ja lapsettomuushoidoista. Yksilöllisyyttä korostavassa suomalaiskulttuurissa tällainen voisi tuntua oudolta, sillä harva pari halunnee tehdä hedelmättömyydestään ”koko suvun asiaa”. Lapsettomuustietouden lisääminen koko yhteiskunnan tasolla on kuitenkin erittäin tärkeää. Tätä työtä edistää Suomessa erityisesti Lapsettomien yhdistys Simpukka ry. Jo peruskouluissa tulisi antaa tietoa lapsettomuudesta osana seksuaalikasvatusta. Nuorille naisille ja miehelle tulisi opastaa, miten omaa hedelmällisyyttään voi suojella.

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja rajoitukset

Tuloksettomien lapsettomuushoitojen lopettamista voidaan lähestyä lukuisista eri näkökulmista. Jokainen alkuperäistutkimus tarkastelee hoitojen lopettamiseen vaikuttavia tekijöitä omista tavoitteistaan ja näkökulmistaan käsin. Tutkimusraporttia laadittaessa oli tehtävä tiukkoja rajauksia. Alkuperäistutkimuksista tuli nostaa esiin keskeisimmät kohdat luotettavasti ja puolueettomasti, mutta tutkimusten taustoja, rajoituksia ym. ei ollut varaa lähteä selvittämään raporttiin syvällisesti. Monet kvantitatiiviset, hoitojen lopettamissyitä selvittäneet tutkimukset hyväksyivät vain yhden lopettamissyyn tai vastaajille oli annettu valmis lista syistä. Näin vastaajat ikään kuin pakotettiin valitsemaan jokin syy, vaikka todelliset syyt olisivat olleet huomattavasti moninaisempia. Osassa alkuperäistutkimuksista alkanut raskauskin katsottiin hoitojen lopettamisen syyksi. Kvantitatiivisen tutkimuksen (joita enemmistö alkuperäistutkimuksista oli) huono puoli onkin sen antaman tiedon pintapuoli-

suus. Alkuperäistutkimusten puutteet ja rajoitukset heijastuvat niin ikään myös tämän tutkimuksen luotettavuuteen.

Tämän tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää vain yhtä tutkijaa. Toisen tutkijan puuttessa painotuksista ei ollut mahdollista keskustella. Vaikka eri tutkijat olisivat sisäänotto- ja poissulkukriteerien perusteella valinneet täsmälleen samat alkuperäistutkimukset, olisivat he todennäköisesti nostaneet niistä esille hieman eri asioita. Toimin kuitenkin mahdollisimman objektiivisesti ja läpinäkyvästi. Minulla ei ollut syytä johdattaa tutkimustuloksia mihinkään suuntaan. Tähän tutkimusraporttiin olen kirjannut useammassa tutkimuksessa esiin tulleita seikkoja, mutta toisaalta pyrkinyt huomioimaan myös ristiriidat ja poikkeukset sekä kyseenalaistamaan tutkimustuloksia. Tutkimusten takautuvasta luonteesta johtuen on vaikea erottaa todellista syytä ja seurausta: oliko alkuperäistutkimukseen nimetty lopettamisen syy se, joka aikanaan lopettamishetkellä vallitsi vai oliko se ikään kuin muotoutunut ajan kuluessa (Gameiro ym. 2012, 653)?

Hoitoprosessin vaiheella on vaikutusta lopettamisen syihin. Tässä tutkimuksessa ei rajauduttu mihinkään tiettyyn hoitoprosessin vaiheeseen. Lapsettomuushoitojen lopettaminen katsottiin siis mahdolliseksi missä tahansa vaiheessa, edellyttäen kuitenkin, että pariskunta oli hakeutunut tutkimuksiin lapsettomuusongelman kanssa. Käytännön toimenpideehdotusten kannalta tämä on heikkous, jos halutaan vaikuttaa hoidoissa jatkamiseen juuri tietyssä vaiheessa.

6.2 Toimenpide-ehdotukset

Toimenpide-ehdotukset pitävät sisällään ehdotuksia hoitohenkilökunnalle siitä, miten hoitonsa jättäviä pariskuntia voidaan tukea entistä paremmin. Ehdotuksia voivat hyödyntää niin lääkärit, hoitajat kuin muutkin hedelmöityshoitojen parissa työskentelevät. Niistä on hyötyä myös hoitojen organisointia ja klinikan toimintatapoja mietittäessä.

Mielenterveysammattilaiset, olivat he sitten psykiatrisia sairaanhoitajia, psykologeja tai muita psyykkisen työn ammattilaisia, tulisi ottaa osaksi hedelmöityshoitoihin osallistuvaa

moniammatillista työryhmää. Lapsettomuushoidoissa kävijöille tulisi antaa mahdollisuus keskustelukäynteihin, joiden aikana tutkimusten ja toimenpiteiden sijaan keskityttäisiin parin jaksamiseen. Pari on tärkeä pitää jatkuvasti tietoisina tilanteestaan ja tarjota heille faktoihin perustuvaa tietoa, jotta oletukset ja väärinkäsitykset eivät ota valtaa. Hoitojen päätyttyä tulisi järjestää mahdollisuus jälkipuintiin. Mikäli lääkäri joutuu kertomaan, ettei lapsettomuushoitoja kannata jatkaa, vaatii se parilta yleensä sulattelua. Tällöin olisi hyvä antaa pariskunnalle mahdollisuus palata keskustelemaan lääkärin kanssa myöhemmin uudestaan. Lääketieteellisten termien ja hoito-ohjeiden taakse piiloutumisen sijaan pariskunta tulee muistaa kohdata ihmisinä, jotka elävät kriisin keskellä.

Vaikka hedelmöityshoitoklinikalla olisi käytössä psyykkisen työn ammattilainen, ei parin tukemista tule jättää pelkästään hänen kontolleen. Potilaiden jaksamisen tukeminen kuuluu kaikille lapsettomuushoitojen parissa työskenteleville. Liiallista psyykkistä kuormittumista tulisi pyrkiä ehkäisemään jo ennalta. Moni pari kuitenkin kaipaa neutraalia ympäristöä, jossa he voivat keskustella jaksamisestaan, avata avoimesti hoitokokemuksiaan ja pohtia mahdollista hoitojen lopettamista. Psyykkisen työn ammattilaisen vastaanotto on tällainen paikka. Psyykkisen tuen äärelle ohjaamista tulisi normalisoida: tuen tarve ei tarkoita, että potilaan tunteissa olisi jotain epänormaalia.

Kaikki parit eivät hyödy samanlaisesta psyykkisestä tuesta, vaan neuvonnan tulisi lähteä kunkin parin tarpeista ja toiveista. Aina potilas ei koe tarvitsevänsä erillistä psyykkistä tukea, vaan hoitoprosessin aikana saatu tieto ja tuki riittävät. Hoitosuhteen päättyessä parille on kuitenkin hyvä kertoa, että he voivat ottaa yhteyttä hoitoyksikköön vielä myöhemmin.

Lapsettomuushoidot on syytä organisoida niin, että niistä aiheutuu pariskunnalle mahdollisimman vähän taakkaa. Lempeät, potilasystävälliset hoitomuodot voivat laskea ahdistuksen ja stressin määrää ja edistää siten hoidoissa jaksamista. Vaikka jokainen lapsettomuushoitokerta tuo klinikalle rahaa, pareille on eettisesti oikein kertoa, että heillä on myös täysi oikeus kieltäytyä hoidoista tai pitää niistä taukoa. Liian toiveikkaasti hoitoihin suhtautuville on syytä kertoa mahdollisuuksien rajallisuudesta. Hoidoille tulee asettaa selkeä lopettamis-

piste. Pitkittäminen vain lisää lapsen saamisen toivetta eivätkä selviytymisstrategiat lapsettomuuden hyväksymiseen pääse kehittymään. Toisaalta jos toivoa on, sitä ei pidä jättää kertomatta. Lapsettomuudessa liikutaan hyvin herkällä alueella.

6.3 Jatkotutkimusaiheet

Lapsettomuusaihetta voidaan lähestyä hyvin monesta näkökulmasta. Laadullisia tutkimuksia lapsettomuushoitojen lopettamiseen liittyen kaivattaisiin lisää, sillä enemmistö löydettyistä alkuperäistutkimuksista oli kvantitatiivisia. Tuloksettomista hoidoista luopujien näkemyksiä ja motiiveja olisi mielenkiintoista kartoittaa erityisesti syvällisellä haastattelututkimuksella.

Suomeen tulee runsaasti maahanmuuttajia, mikä tulee näkymään myös lapsettomuushoidoissa. Lapsettomuuskokemuksen kulttuurisia аспекteja olisikin erittäin mielenkiintoista selvittää. Esimerkki ajankohtaisesta tutkimusnäkökulmasta olisi se, miten Lähi-idän kulttuurit suhtautuvat lapsettomuuteen ja lapsettomuushoitoihin.

LÄHTEET

Allan, H. & Finnerty, G. 2009. Motherhood Following Successful Infertility Treatment. Teoksessa B. Hunter & R. Deery (toim.) *Emotions in Midwifery and Reproduction*. Hampshire: Palgrave Macmillan, 125-139.

Anttila, L. & Korkeila, J. 2012. Stressi ja lapsettomuus. *Suomen Lääkärilehti* 67 (26-31), 2076-2080.

Bevilacqua, K., Barad, D., Youchah, J. & Witt, B. 2000. Is affect associated with infertility treatment outcome? *Fertility and Sterility* 73 (3), 648-649.

Brandes, M., van der Steen, J. O. M., Bokdam, S. B., Hamilton, C. J. C. M., de Bruin, J. P., Nelen, W. L. D. M. & Kremer, J. A. M. 2009. When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human Reproduction* 24 (12), 3127-3135.

Dawson, A. A., Diedrich, K. & Felberbaum, R. E. 2005. Why do couples refuse or discontinue ART? *Archives of Gynecology and Obstetrics* 273 (1), 3-11.

Domar, A. D. 2004. Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility and Sterility* 81 (2), 271-273.

Ebbesen, S. M. S., Zachariae, R., Mehlsen, M. Y., Thomsen, D., Højgaard, A., Ottosen, L., Petersen, T. & Ingerslev, H. J. 2009. Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: a prospective study. *Human Reproduction* 24 (9), 2173-2182.

Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus – eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51. Turku: Turun yliopisto, 84-100.

Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L. & Verhaak, C. M. 2012. Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update* 18 (6), 652-669.

Huppelschoten, A. G., van Dongen, A. J. C. M., Philipse, I. C. P., Hamilton, C. J. C. M., Verhaak, C. M., Nelen, W. L. D. M. & Kremer, J. A. M. 2013. Predicting dropout in fertility care: a longitudinal study on patient-centredness. *Human Reproduction* 28 (8), 2177-2186.

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51*. Turku: Turun yliopisto.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51*. Turku: Turun yliopisto, 3-9.

Kela 2014. Tiivistelmä hedelmöityshoitojen korvaamisesta sairastakuutuksesta. Viitattu 14.10.2015, <http://www.kela.fi/hedelmoytyshoitoeen-korvaaminen>.

Khalili, M. A., Kahraman, S., Ugur, M. G., Agha-Rahimi, A. & Tabibnejad, N. 2012. Follow up of infertile patients after failed ART cycles: a preliminary report from Iran and Turkey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 161 (1), 38-41.

Klock, S. C. 2015. When treatment appears futile: the role of the mental health professional and end-of-treatment counseling. *Fertility and Sterility* 104 (2), 267-270.

Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) *Systemaattinen kir-*

jallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51. Turku: Turun yliopisto, 101-108.

Koskimies, A. I. 2004. Hedelmällinen rakkaus – toiveena lapsi. Helsinki: Tammi.

Krouvi, T. 2003. Lapsettomuushoitojen kautta adoptioprosessiin. Perheterapia 19 (1), 4-15.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1), 37-45.

Lapsettomien yhdistys Simpukka ry 2013. Yhdistyksestä. Viitattu 24.9.2015, <http://www.simpukka.info/yhdistyksesta/>.

Malcolm, C. E. & Cumming, D. C. 2004. Follow-up of infertile couples who dropped out of a specialist fertility clinic. Fertility and Sterility 81 (2), 269-270.

McDowell, S. & Murray, A. 2011. Barriers to continuing in vitro fertilisation – Why do patients exit fertility treatment? Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 51 (1), 84-90.

McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Tennant, C. & Saunders, D. 1997. Psychosocial adjustment and the quality of the mother-child relationship at four months postpartum after conception by in vitro fertilization. Fertility and Sterility 68 (3), 492-500.

Miettinen, A. 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E 40. Helsinki: Väestöliitto.

Mosalanejad, L., Parandavar, N. & Abdollahifard, S. 2014. Barriers to Infertility Treatment: An Integrated Study. Global Journal of Health Science 6 (1), 181-191.

Olivius, C., Friden, B., Borg, G. & Bergh, C. 2004a. Psychological aspects of discontinuation of in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility* 81 (2), 276.

Olivius, C., Friden, B., Borg, G. & Bergh, C. 2004b. Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility* 81 (2), 258-261.

Peddie, V. L., van Teijlingen, E. & Bhattacharya, S. 2005. A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction* 20 (7), 1944-1951.

Penzias, A. S. 2004. When and why does the dream die? Or does it? *Fertility and Sterility* 81 (2), 274-275.

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arvionti. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51. Turku: Turun yliopisto, 46-57.

Rajkhowa, M., Mcconnell, A. & Thomas, G. E. 2006. Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study. *Human Reproduction* 21 (2), 358-363.

Repokari, L. 2011. Vanhemmuus hedelmöityshoitojen jälkeen. Teoksessa J. Sinkkonen & M. Kalland (toim.) Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen. Helsinki: WSOYpro, 197-206.

Seppänen, A. 2012a. Kuka voi saada hedelmöityshoitoja? *Suomen Lääkärilehti* 67 (26-31), 2050-2052.

Seppänen, A. 2012b. Teknologia muuttaa perheitä ja maailmaa. *Suomen Lääkärilehti* 67 (26-31), 2053.

Sharma, V., Allgar, V. & Rajkhowa, M. 2002. Factors influencing the cumulative conception rate and discontinuation of in vitro fertilization treatment for infertility. *Fertility and Sterility* 78 (1), 40-46.

Smeenk, J. M. J., Verhaak, C. M., Stolwijk, A. M., Kremer, J. A. M. & Braat, D. D. M. 2004. Reasons for dropout in an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection program. *Fertility and Sterility* 81 (2), 262-268.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Hedelmöityshoidot 2013-2014. Tilastoraportti, Suomen virallinen tilasto.

Tiitinen, A. 2004. Lapsettomien parien tutkimus ja hoito – haaste terveydenhuollon ammattilaisille. *Suomen Lääkärilehti* 59 (43), 4107.

Tiitinen, A. 2013. Lapsettomuus. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.

Tiitinen, A. 2014. Tietoa potilaalle: Lapsettomuus. Lääkärikirja Duodecim.

Tilastokeskus 2015. Adoptioiden määrä väheni vuonna 2014. Viitattu 10.8.2015, http://www.stat.fi/til/adopt/2014/adopt_2014_2015-06-17_tie_001_fi.html.

Toivanen, R., Vilska, S. & Tulppala, M. 2004. Sylillinen surua – lapsettomuuden kokemus. *Suomen Lääkärilehti* 59 (43), 4115-4120.

Tulppala, M. 2007. Kun vauva viipyy - lapsettomuuden tutkimus ja hoito. Helsinki: Väestöliitto.

Tulppala, M. 2012. Lapsettomuus ja parisuhde. *Suomen Lääkärilehti* 67 (26-31), 2081-2086.

van Dongen, A. J. C. M., Verhagen, T. E. M., Dumoulin, J. C. M., Land, J. A. & Evers, J. L. H. 2010. Reasons for dropping out from a waiting list for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility* 94 (5), 1713- 1716.

Verberg, M. F. G., Eijkemans, M. J. C., Heijnen, E. M. E. W., Broekmans, F. J, de Klerk, C., Fauser, B. C. J. M. & Macklon, N. S. 2008. Why do couples drop-out from IVF treatment? A prospective cohort study. *Human Reproduction* 23 (9), 2050-2055.

Vilksa, S. & Martikainen, H. 2002. Yhden alkion siirto vähentää raskausriskejä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 118 (5), 522-526.

Walschaerts, M., Bujan, L., Parinaud, J., Miesusset, R. & Thonneau, P. 2013. Treatment discontinuation in couples consulting for male infertility after failing to conceive. *Fertility and Sterility* 99 (5), 1319-1323.